

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N°

443

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN DE BONY DE LAVERGNE

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né à St.-Priest-Ligoure (H. V.), le 25 Décembre 1887.

**PARALYSIE GÉNÉRALE
ET GROSSESSE**

Président : M. GILBERT BALLET, Professeur.

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N^o

443

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN DE BONY DE LAVERGNE

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né à St-Priest-Ligoure (H.-V.), le 25 Décembre 1887.

**PARALYSIE GÉNÉRALE
ET GROSSESSE**



Président : M. GILBERT BALLET, Professeur.

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1914

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.	
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	{ WIDAL
	{ TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	{ ROGER
	{ DEBOVE
Clinique médicale.	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	{ DEJERINE
	{ DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ HARTMANN
Clinique ophthalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GULLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur de Clinique
des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRÉ

Médecin des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Nous allons d'abord étudier les aptitudes à la grossesse d'une femme atteinte de paralysie générale. Quels sont les dégâts que commet la maladie dans son appareil génital?

Nous publierons ensuite un certain nombre d'observations trouvées dans la littérature, et 3 observations recueillies par nous dans les hôpitaux.

L'une d'elle est l'observation d'une femme du service de M. le docteur Dupré. M. Dupré nous la confia en nous donnant l'idée de ce travail qu'il voulut bien suivre de ses conseils.

Pour les observations que nous avons rencontrées dans la littérature française, nous ferons un tableau que nous donnons à la suite des observations.

Nous pourrons alors aborder l'étude des rapports qui existent entre la paralysie générale et la grossesse.

Nous étudierons d'abord l'influence de la grossesse sur la paralysie générale, puis l'influence de la paralysie générale sur la grossesse.

Nous examinerons ensuite ce qu'est le produit de conception dans une telle maladie.

et pour la paralysie générale. Le nombre des femmes cherchant des places augmente de jour en jour ; la paralysie générale féminine devient de plus en plus fréquente. Krafft Ebing qui donnait, en 1887, comme rapport dans la paralysie générale 8 hommes pour 1 femme, dans une nouvelle statistique, en 1895, donne 1 femme pour 2,40 à 3,49 hommes.

On trouve rarement la grossesse chez ces malades. C'est Dubrisay qui publie le 1^{er} cas, en 1857. Dubrisay disait en le donnant : « Les observations de grossesse avec paralysie générale sont rares ; nous croyons même qu'il n'en a jamais été publié ». En 1864, Baillarger en cite un nouveau cas dans les *Archives cliniques de Maladies mentales*.

Depuis la littérature s'est enrichie : on a le cas de Doutrebente, et ceux cités par Colovitch (1 cas) (1882) ; Crété (2 cas) (1899) ; Hérissé (1 cas) (1903), dans leur thèse. Les auteurs s'occupent de la question : à Berlin, Mendel (*Die progressive Paralyse der Irren* (1880) ; en France, Régis, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*.

En 1904, Diedoff (1) en Russie, ayant recueilli 10 observations dans les archives d'un asile les publie et les commente. Nous ferons souvent allusion à son travail. Nous rapportons dans notre thèse ces 10 observations traduites du russe.

Bruas étudie dans sa thèse (1902) la grossesse dans les névroses, psychoses, et particulièrement la paralysie

(1) DIEDOFF. *Revue de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*.

générale. Il donne un certain nombre d'observations de paralysie générale.

Burle fait sa thèse en 1909 sur le sujet suivant : *La Puerpuéralité chez les aliénées*. Nous n'y trouvons aucun cas nouveau. Mais Rolland, en 1910, dans sa thèse sur les rapports entre la grossesse et l'aliénation, nous donne 15 observations inédites.

Dans ces dernières années : MM. Henri Dufour et Huber présentent à la Société de Neurologie un cas intéressant de grossesse dans la paralysie générale. Ils avaient observé en 1898 à Sainte-Anne une grossesse terminée par l'accouchement de 2 filles sternopages. Nous donnons la photographie de ce monstre.

Dans divers journaux médicaux paraissent :

L'observation de M. Henri Damage : *Archives de Neurologie*, 1913.

Les observations de Löwenhaupt et de Hartung : *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913.

HISTORIQUE

La paralysie générale est une maladie très répandue, mais elle atteint surtout les hommes. Voici quelques chiffres : $\frac{F}{H} = \frac{1}{3,15}$ (Idanow); $\frac{1}{1,73}$ (Greidenberg); $\frac{1}{4,5}$ (Yung); $\frac{1}{2,4}$ (Garnier), proportion des femmes aux hommes.

Diedoff trouve 1 femme pour 2 hommes. Il donne la statistique d'un asile : sur 3.867 entrants hommes, de 1882 à 1902, il y avait 724 paralytiques généraux; pendant le même temps, sur 1.904 femmes névropathes, il n'y avait que 176 paralytiques générales.

La proportion des femmes aux hommes dans la paralysie générale varie suivant les milieux considérés (Dupré) (1). Dans les villes, on aurait environ 1 femme contre 2 ou 3 hommes; dans les campagnes, 1 femme seulement contre 10 à 15 hommes (Régis, Sérieux). Les femmes dans les villes partageant les occupations des hommes, entrent avec eux pour la lutte pour la vie et concourent sur le même pied qu'eux et pour les places

(1) DUPRÉ. Paralysie générale. *Traité de médecine mentale* de GILBERT BALLET.

FONCTIONS SEXUELLES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRALES

Sens génital.

Marandon de Montyel a étudié le sens génital dans la paralysie générale. Ses recherches portent sur 108 cas, tous des hommes, qu'il a suivis à toutes les périodes de la maladie. Pour son étude, il a considéré trois périodes : au début, en pleine évolution et à la période terminale.

Les modifications du sens génital que Marandon de Montyel (1) a notées chez les hommes, il nous est permis de supposer qu'elles existent équivalentes chez les femmes.

Voici ce qu'il a trouvé .

D'une manière générale, le sens génital est altéré dans l'énorme proportion de 93,5 p. 100.

Les altérations relevées ont toujours été des altéra-

(1) MARANDON DE MONTYEL. *Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux 3 périodes de la paralysie générale.*

tions simples; jamais il n'a trouvé de perversion génitale provenant du fait de la maladie.

La perversion existe cependant assez souvent dans la paralysie générale; mais il est difficile de faire la part de ce qui revient à la maladie. Sérieux (1) croit que la perversion ne se rencontre que chez les malades à antécédents vésaniques.

Les troubles fondamentaux, qu'a observés Marandon de Montyel, furent l'exagération ou au contraire l'affaiblissement et l'impuissance.

Sur le nombre total des cas, il trouva que l'altération en moins était près de 4 fois plus fréquente que l'altération en plus, et que l'anormalité du sens génital allait constamment en croissant, du début à la terminaison de la maladie.

Les troubles du sens génital ne correspondent pas aux troubles de la sensibilité. On peut voir, par exemple, le sens algésique affaibli, tandis que le sens génital est exagéré.

Jamais il n'y a d'altérations en plus dans les formes dépressives, quelles qu'elles soient.

Dans les formes expansives, on a 18 p. 100 d'altérations en plus contre 70 p. 100 d'altérations en moins.

Donc l'altération en moins domine partout, même dans les formes expansives.

Marandon de Montyel donne un tableau des différents troubles qu'il a étudiés; il les classe par périodes :

Relevons :

(1) SÉRIEUX. Thèse.

L'EXAGÉRATION SIMPLE :

A la 1 ^{re} période, on a	43,2 p. 100
— 2 ^e — —	6 —
— 3 ^e — —	3,2 —

L'AFFAIBLISSEMENT :

A la 1 ^{re} période, on a	8,4 p. 100
— 2 ^e — —	2,5 —
— 3 ^e — —	0 —

L'IMPUISSANCE TOTALE :

A la 1 ^{re} période, on a	58,6 p. 100
— 2 ^e — —	85,4 —
— 3 ^e — —	94,1 —

NORMAUX :

A la 1 ^{re} période, on a	12,2 p. 100
Aux 2 autres, —	0 —

Cette statistique est très éloquente; on y voit que le système génital n'échappe pas à la déchéance qui frappe tous les systèmes de l'économie.

Vers les dernières phases de la maladie, le libido et la puissance génitale baissent habituellement jusqu'à 0. (Krafft Ebing) (1).

Il est des cas cependant où l'on voit l'appétit sexuel subsister dans un corps absolument épuisé.

Si, dans les premières périodes, on constate souvent de l'exaltation fonctionnelle génitale, cela tient au travail irritatif qui s'opère à cette époque dans le cerveau (Régis) (2).

Les paralytiques généraux trouveraient aussi leur

(1) KRAFFT EBING. *Psychopathia sexualis*.

(2) RÉGIS. *De la dynamique ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale*.

place dans la classification des déséquilibrés génitaux de Magnan, chacune des périodes de la paralysie correspondant plus particulièrement à un groupe. Ainsi les spinaux se rencontreraient surtout à la dernière période, lorsque l'action de la moelle existe seule, l'écorce cérébrale étant profondément touchée. Au début, ce seraient les cérébraux. Les uns s'onanisant continuellement dans la plus grande inconscience, les autres présentant un délire érotique tout en étant atteints de frigidité sexuel.

En somme, nous voyons que le sens génital, et particulièrement le libido dont le rôle est de pousser un sexe vers l'autre, sont profondément troublés chez les paralytiques générales. Il est vrai qu'il ne suffit pas que le sexe faible fasse les avances ; il faut encore que le sexe fort les écoute, et mon Dieu, ici il est bien excusable de faire la sourde oreille.

Menstruation et Ovulation.

Petit, dans sa thèse, a étudié les rapports de la menstruation et de la paralysie générale. Le développement de la paralysie générale, dit-il, chez la femme amène le plus souvent des troubles de la menstruation. Ces troubles se caractérisent tantôt par un arrêt subit et définitif des règles, tantôt par une irrégularité notable des époques menstruelles, alors qu'auparavant cette fonction s'accomplissait avec la plus grande régularité. A une rémission de la maladie, correspond une amélioration au point de vue de la régularité de la menstruation.

Marcé (1) étudiant la menstruation chez les aliénées en général, met l'aménorrhée qui se voit à la période terminale de la maladie sur le compte de l'épuisement de toute l'économie, et non sous l'influence directe des troubles cérébraux. Chez les paralytiques générales, l'aménorrhée est souvent un des premiers symptômes de la maladie.

On a recherché et examiné les spermatozoïdes dans le sperme des paralytiques généraux. Lalanne en a trouvé de vivants à des périodes très avancées de la maladie.

Pour les ovules, l'existence de grossesses à toutes les périodes de la maladie prouve la présence d'ovules capables d'être fécondées à chacune de ces périodes.

Les rapports de la menstruation et de l'ovulation ne sont pas bien établis; on sait cependant que des règles irrégulières, peu abondantes, ne sont pas en général signe de fécondité.

La menstruation défectueuse des paralytiques générales fait supposer que chez elles aussi l'ovulation laisse à désirer.

Fécondation.

Diedoff (2) dit que la paralysie générale a certainement une mauvaise influence sur la fécondation. Car chez les 176 femmes soignées à l'Asile où il faisait ses

(1) MARCÉ. *Traité des maladies mentales.*

(2) DIEDOFF. *Grossesse et paralysie générale.*

recherches, dont 10 seulement furent enceintes, on ne peut expliquer autrement la stérilité au cours de la maladie. La plupart avaient eu plusieurs enfants (de 2 à 8), et l'examen de leurs organes génitaux ne fit découvrir aucune lésion pouvant être cause de stérilité.

OBSERVATIONS DE GROSSESSES CHEZ DES PARALYTIQUES GÉNÉRALES

Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver qu'une cinquantaine de cas de grossesses chez des paralytiques générales. La plupart étaient publiées; trois seulement étaient inédites.

Nous donnons ces trois observations et celles de Hartung, Löwenhaupt et Diedoff parues à l'étranger. Nous donnons aussi la très intéressante observation de MM. Dufour et Huber, avec la photographie du monstre dont il est fait mention, né en 1898.

Nous avons eu l'idée de tirer de toutes les observations que nous avons rencontrées, la matière à un tableau dont les colonnes ne seraient ouvertes qu'à un certain nombre de points particuliers envisagés de la même façon pour toutes les observations.

Faire entrer chaque observation dans un tel cadre, c'était s'exposer à interpréter arbitrairement les faits et à leur donner une signification qu'ils n'avaient pas.

En effet, ce tableau dressé, nous avons conscience que ce que nous avons mis dans telle colonne, très sou-

vent nous aurions pu le mettre dans telle autre aussi bien.

Beaucoup de points étaient affaire d'appréciation, la rémission ou l'aggravation de la paralysie générale après les suites de couches, par exemple.

La durée de la maladie ne pouvait être donnée que très approximativement en se basant sur l'époque où les premiers symptômes étaient apparus, ou plutôt sur l'époque où ces symptômes avaient été reconnus par l'entourage de la malade, c'est-à-dire que le chiffre donné pourrait être inférieur de plusieurs années au chiffre réel ! Ce qui indique le peu de valeur de notre division : en gestation qui a vu apparaître la paralysie générale et en gestation qui est survenue dans le cours de la paralysie générale.

D'autre part, ceux qui ont rédigé les observations n'ont dû noter que ce qui les intéressait, passant sous silence beaucoup de faits anormaux.

Tous les accouchements longuement décrits, sont signalés comme ayant donné lieu à de légères douleurs ou même comme s'étant passés sans la moindre douleur.

Nous sommes donc en droit de penser que la plupart des accouchements étiquetés normaux et que nous marquons normaux, ont présenté quelque anomalie tout au moins au point de vue douleur, bien qu'il n'en soit pas fait mention. Diedoff trouve sur 10 cas, 8 cas où il y a eu aggravation dans la suite de couches, proportion énorme par rapport aux autres auteurs. Quant aucun changement dans le cours de la maladie après l'accouchement n'est noté, nous mettons le cas dans la colonne :

Paralysie générale non influencée par la grossesse, mais nous ne sommes pas sûrs qu'il n'y a eu ni rémission, ni aggravation. Suivant que c'est un accoucheur ou un aliéniste qui observe, tel point est mis en lumière ou négligé. Nous sommes bien obligés cependant de nous en rapporter aux auteurs et de nous en tenir à ce qu'ils disent.

Nous donnerons néanmoins ce tableau; c'est pour ainsi dire la classification des impressions que nous avons eues, en lisant les observations. Ces impressions nous les mettons sur papier, et voilà tout.

Nous additionnerons dans chaque colonne les notes de même sens, et du résultat trouvé nous tirerons nos conclusions.

OBSERVATIONS

Observation I. — DIEDOFF (1) (traduction).

Une malade X., âgée de 37 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 3 juin 1886. En entrant la malade pesait 52 kilogrammes; les seins ne sont pas modifiés; foie dur, augmenté de volume et douloureux à la palpation; utérus dépasse la symphyse pubienne; orifice utérin béant, col ramolli, les organes génitaux externes hypertrophiés, cyanosés; la sécrétion des glandes est augmentée.

Réflexes rotuliens exagérés; la pupille gauche est rétrécie jusqu'au volume d'une tête d'épingle; pupille droite dilatée; réflexe de la pupille droite paresseux, gauche, aboli.

Contractions fibrillaires de la langue, signe de Römberg. Côté psychique: affaiblissement mental; agitation, parole rapide, réponses absurdes, mémoire affaiblie au point que la malade ne se rappelle rien de sa vie passée.

De 10/VI-25/VI. — Malade présente toujours affaiblissement mental avec des cauchemars, manie des grandeurs; tout le temps elle est agitée.

26/VI. — Elle devient plus calme, la grossesse évolue normalement.

18/X. — A mesure que la grossesse s'approche du terme, la

(1)DIEDOFF. *La grossesse dans la paralysie générale.*

malade recouvre son intelligence, les réponses sont plus logiques; la malade commence à travailler volontiers, elle commence à s'intéresser à son entourage et à sa position; son humeur est régulière.

Elle nie la syphilis chez elle et, dans ses antécédents héréditaires, avoue l'abus d'alcool.

1/XII. — Accouchement normal, rapide.

2/XII-8/XII. — Suites de couches normales, fœtus normal et bien développé.

9/XII-3/XII. — L'état de la malade est bon; de temps en temps elle s'ennuie après son enfant qui avait été envoyé à la campagne; mais elle l'oublie vite, sa mémoire s'affaiblit; on remarque la difficulté de prononcer quelques mots.

1/I-IVII 1887. — L'état psychique de la malade est amélioré, les mouvements de la langue sont paresseux, les réflexes pupillaires anormaux.

Poids est augmenté : 52 kilogrammes (en entrant) 53 kilogr. 150 actuellement, augmenté de 3 kilogr. 150.

2/VIII 1887. — Malade est partie chez elle; elle n'est plus rentrée à l'hôpital.

Observation II. — DIEDOFF.

Malade X..., 36 ans, paysanne, entrée à l'hôpital le 7 septembre 1888, avec les phénomènes de paralysie générale, embarras de la parole, ataxie locomotrice; les pupilles sont égales, ptosis à gauche, trémulation fibrillaire de la langue qui se dévie à droite quand elle ouvre la bouche; on remarque l'asymétrie parétique de la face; mémoire très affaiblie. Manie des grandeurs, sentiment de satisfaction et démence. Le mari qui fait entrer la malade à l'hôpital, ne sait pas quand la maladie a débuté; pas de syphilis héréditaire, pas d'alcoolisme avéré. Elle est tombée malade il y a trois ans. Maladie va progressivement; elle a commencé par des

douleurs atroces de la tête, perte de mémoire, absence d'intérêt au travail. 6 mois après, la malade commence à avoir des troubles de la parole, de la marche; affaiblissement de la mémoire et apathie complète pour le travail et pour ses enfants.

Malade est enceinte depuis 7 mois; elle l'est devenue, étant malade; par l'examen, nous avons vérifié les paroles de son mari; utérus plus haut que l'ombilic. Ombilic déplié, ballotement fœtal, bruits du cœur perçus très bien à gauche plus haut que l'ombilic, le dos est à gauche.

De 8/ IX et jusqu'à 5/ XI. — L'état physique et psychique de la malade reste stationnaire.

5/ XI. — L'accouchement est normal; suites de couches sont normales, mais après, l'état psychique et physique commence à s'aggraver: inquiétude, parésie de la vessie et du rectum; la malade devient malpropre; elle présente des phénomènes de paralysie des sphincters et on la fait passer dans le service des gâteux.

1/ XII. — On note des troubles de la parole à tel point qu'on ne peut pas la comprendre, troubles de la motilité; malade ne peut ni manger, ni se tenir debout, ni marcher, affaiblissement complet.

16/ X 1889. — Malade meurt dans la cachexie.

Autopsie: — Les os du crâne sont épaissis, le diploë est disparu par places, la dure-mère et la pie-mère par places étaient adhérentes à la face interne de la boîte crânienne, particulièrement dans la région occipitale. Dans la partie gauche de l'étage moyen, la dure-mère est couverte de petites membranes hémorragiques. Les vaisseaux de la base sont sans modifications. Les ventricules latéraux sont dilatés contenant une immense quantité de liquide.

La pie-mère est troublée, épaissie et adhérente au cerveau à tel point qu'elle entraîne l'extraction de particule du cerveau; on remarque de l'atrophie des circonvolutions frontales; l'écorce cérébrale est aussi atrophie.

Au fond du 4^e ventricule, on voit des granulations dans la couche épendymaire.

Sur les valvules du cœur, on aperçoit des plaques athéromateuses.

Rate normale.

Foie et reins ne présentent rien de particulier. La cavité pleurale droite contient une grande quantité de liquide séreux. En outre, on aperçoit que le sommet du poumon droit est adhérent et est congestionné.

Cadavre est émacié; une escarre au niveau du sacrum.

Observation III. — DIEDOFF.

Malade X..., âgée de 30 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital au mois de juin 1893. Son mari qui l'a amenée, a avoué que sa femme et lui sont syphilitiques depuis 10 ans déjà; ils ont eu 6 enfants dont 3 sont morts, en bas âge; 3^e et 4^e enfants sont vivants; le dernier bien portant est né à terme, il y a deux ans. La maladie actuelle a débuté lors de l'allaitement du dernier enfant, dit le mari. Les premiers symptômes de la maladie ont débuté au commencement de l'année 1891; la malade est devenue agitée, bavarde, sujette aux oublis; elle se croyait riche et belle. Bientôt la difficulté de la parole et l'insomnie apparaissent. 6 mois après, la malade est redevenue tranquille; elle a acquis de l'embonpoint; elle commence à travailler, quoique son raisonnement laisse à désirer. Elle est devenue enceinte et a accouché normalement; la malade a nourri son enfant à peu près 1 mois. 3 ou 4 semaines après l'accouchement, son état psychique s'est sensiblement aggravé.

Agitation très marquée, visites non motivées et incessantes chez les voisins, conscience confuse.

A l'entrée à l'hôpital, on note : trémulations fibrillaires de la langue, tremblement des doigts, troubles de la parole;

réflexes tendineux exagérés; pupilles inégales ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation. Etat mental confus, pas de délire. La malade est très agitée; elle ne se rend pas bien compte de son état et de son entourage.

A partir de 10/VI, la malade est tout le temps agitée, souffre d'insomnie et anorexie; parole incohérente; sa disposition d'esprit change d'une minute à l'autre. Elle ne comprend rien de ce qui l'entoure, déchire son linge, se dispute avec les malades.

A partir de 10/VII 1894, on remarque un changement dans l'état psychique de la malade; elle devient plus tranquille, elle se rend compte de son état, s'intéresse à son entourage. Au mois de juillet, la malade commence à travailler dans le jardin et dans les salles des malades.

18/XI. — L'état de la malade s'aggrave: peu consciente, agitée, malpropre; on la fait passer dans la salle des affaiblis, où elle est morte de cachexie paralytique le 21/VII 1895.

Autopsie le 22/VII. — Cadavre émacié; rigidité peu prononcée, eczéma sur les jambes, les os du crâne par places adhérents à la dure-mère. Adhérence entre la pie-mère et la dure-mère. Pie-mère sensiblement injectée, ventricules latéraux dilatés par l'abondance du liquide céphalo-rachidien; leur couche épendymaire est trouble et granuleuse. Surface corticale hyperhémiee. Corne d'Ammon et corps strié présentent une hémorragie capillaire. Dans le corps strié, on voit quelques pertuis du volume d'un grain de millet. 4^e ventricule est granuleux à sa base; sa couche épendymaire est surélevée, trouble et gélatineuse. Les deux hémisphères cérébelleux fortement hyperhémies. Surface corticale de l'encéphale tout entier, est œdématisée; circonvolutions aplaties; sur la coupe on voit nettement l'atrophie.

Poids de l'encéphale : 4.040 grammes.

Cœur hypertrophié; valvules aortiques épaissies, ridées et couvertes de végétations verruqueuses; les muscles sont mous, surchargés de graisse; artères coronaires sclérosées.

Poumon gauche : au sommet deux cavernes et un noyau caséeux. Foie diminué de volume, crie sous le couteau. A la surface du lobe gauche du foie, on remarque une tache noire-foncé qui, sous le couteau, laisse écouler le sang dans l'épaisseur du foie.

Rate augmentée de volume, dure.

Reins : capsule adhérente par places ; pas de limites nettes entre la substance corticale et la substance médullaire.

Ulcérations sur l'intestin.

Observation IV. — DIEDOFF.

Malade N..., âgée de 41 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 7 août 1893. Depuis longtemps, sa mère a été atteinte d'une maladie mentale, d'après le récit du fils de la malade.

Elle n'a jamais eu ni syphilis, ni traumatisme crânien ; elle n'a pas abusé de l'alcool. Elle a eu 6 enfants, dont 2 sont morts tout petits, une fille s'est noyée, 3 sont vivants. Elle est malade pour la seconde fois. Il y a « quelques années » (son fils ne peut pas préciser combien exactement), elle a été atteinte pour la première fois ; après cette atteinte, on a remarqué chez la malade de l'affaiblissement de la mémoire et du raisonnement ; et de l'incapacité pour le travail. Il y a environ 1 an, la malade a accouché ; l'accouchement n'a pas eu une grande influence sur la maladie ; elle a nourri son enfant au sein. 4 ou 5 semaines après l'accouchement, elle a eu une rechutè. Outre son affaiblissement intellectuel (tousjours d'après le récit de son fils), est apparue de l'insomnie ; la malade a commis quelques actes irraisonnables ; elle devenait parfois tellement agitée qu'on était obligé de la mettre « dans le grenier ou de la ligoter ».

A son examen à l'entrée, on a trouvé : peu d'amaigrissement ; organes internes à peu près normaux ; ulcération de la cornée, atteignant l'iris, en train de se cicatriser. Paroles

avec achoppement des syllabes, les réflexes rotuliens exagérés, trémulation fibrillaire de la langue, asymétrie de la face parétique, excitabilité, réflexes exagérés.

Au point de vue psychique, l'état de conscience est diminué, la mémoire affaiblie; la malade est devenue bavarde, manque de pudeur, et présente un état de satisfaction non motivé. Quelques idées de grandeur; l'intelligence est profondément touchée.

Pendant son séjour à l'hôpital, on a remarqué la chute progressive des forces et l'affaiblissement mental.

La malade est morte dans un état de cachexie paralytique, le 13/X 1893.

Autopsie le 15/X 1893. — Corps très maigre, rigidité conservée. Sur la peau, on note quelques plaques rouges vineuses multiples, les os du crâne épaissis, sinus longitudinal vide. Un léger épanchement séreux dans la dure-mère, qui se sépare facilement de la pie-mère. Pie-mère épaissie, trouble, adhérente par places au cerveau. Circonvolutions cérébrales épaissies, substance corticale atrophiée. Couche épendymaire des ventricules latéraux, granuleuse.

Poids de l'encéphale, 1.122 grammes. Substance cérébrale compacte.

Le poumon droit est adhérent sur une grande étendue à la plèvre pariétale; il est augmenté de volume et très congestionné.

Le poumon gauche est adhérent aussi au sommet, à la plèvre; on y voit de petits noyaux fibreux séparés. Les autres organes ne présentent pas de lésions pathologiques.

Observation V. — DIEDOFF.

Malade âgée de 27 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 11 janvier 1896 avec des symptômes très nets de paralysie générale. Inégalité pupillaire, trémulation fibrillaire des

muscles de la langue et des lèvres, incoordination des mouvements des membres, marche chancelante, trouble paralytique de la parole, réflexe rotulien aboli.

Au point de vue psychique, la faiblesse d'esprit est très avancée, absence de délire, affaiblissement progressif de la mémoire.

Son frère nous apprend qu'elle est malade depuis 3 ans. Tout le temps, elle vivait avec son mari à Moscou; vers Pâques de l'année dernière (avril 1895), elle a accouché d'une fille; depuis ce temps, son état psychique s'aggrave, la faiblesse d'esprit progresse et des phénomènes d'insomnie sont apparus, ainsi que des actes de démence. Son frère ignore le commencement de la maladie, disant qu'il sait seulement que son mari l'a quittée et qu'elle a accouché à la campagne.

A l'hôpital, l'état de la malade s'est aggravé pendant la période du 12 janvier au 27 octobre 1896.

Echanges nutritifs insuffisants, la faiblesse s'est aggravée; on note la parésie de la vessie et du rectum, puis une escarre, et la malade meurt avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque.

Autopsie le 28/X. — Cadavre très amaigri, rigidité cadavérique très marquée.

A droite du sacrum, une petite escarre; entre les ischions, vers l'anus, une plaie superficielle d'environ 1 centimètre de diamètre. Les os du crâne sont minces, légers; le diploë est très mal développé. La dure-mère est troublée, le sinus longitudinal contient un petit caillot.

La pie-mère est troublée. Pendant l'extraction, on entraîne des particules de cerveau, qui est gonflé et anémique. Les ventricules latéraux sont dilatés; au fond du 4^e ventricule on aperçoit des granulations; thalamus droit plus aplati; la substance du thalamus est molle par places, colorée en rouge. Poids du cerveau, 1.035 grammes.

Le poumon droit est abaissé, adhérent dans son tiers supé-

rieur à la plèvre pariétale; dans la cavité pleurale droite, on a 15 centimètres cubes de liquide séro-purulent. Le lobe supérieur est complètement creusé de cavernes.

Le poumon gauche est aussi adhérent, n'est pas abaissé, est ferme au toucher; sur la surface, on remarque des membranes fibreuses; dans le lobe supérieur, quelques cavernes, dont une de la grosseur d'un œuf de poule.

Les autres organes, sans modifications.

Observation VI. — DIEDOFF.

Malade paysanne, âgée de 30 ans, est entrée à l'hôpital le 23 juin 1898. Renseignements anamnestiques insignifiants. L'officier de santé ne peut pas fournir des détails sur sa maladie; la malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

A l'examen, on note : constitution moyenne; les organes internes sont normaux; ventre augmenté de volume, on entend le cœur foetal, le fond de l'utérus monte jusqu'à l'appendice xyphoïde, ombilic saillant.

Pupilles inégales, rétrécies; la réaction à la lumière et à l'accommodation est assez faible; parole avec achoppement des syllabes, trémulation fibrillaire de la langue; les réflexes rotuliens diminués, la marche incoordonnée.

Au point de vue mental, faiblesse d'esprit, affaiblissement de la mémoire, changement brusque de l'humeur; la malade tantôt rit, tantôt pleure; il est très facile de la convaincre.

Pas de délire, pas d'hallucinations.

24/VI-20/VII 1898. — La malade est agitée; elle déchire le linge, les robes, devient gâteuse, sort très peu la nuit.

21/VII. — La malade n'a pas dormi la nuit dernière; elle se promenait tout le temps dans la salle, se plaignait de douleurs dans le ventre. Au toucher, le col de l'utérus laisse passer le doigt; de temps en temps, l'utérus se contracte.

22/VII. — Accouchement normal, l'enfant né à terme ; suites de couches de 23/VII-31/VII, normales.

La malade ne reconnaît pas le nouveau-né comme son enfant ; elle est indifférente.

A partir du 4/VIII, la malade est calme, tout le temps elle se promène dans la salle, déchire quelquefois le linge et la couverture.

Intelligence affaiblie ; la mémoire est disparue ; la malade ne se rappelle pas de l'accouchement.

L'involution de l'utérus se fait d'une façon normale ; le 9/VIII, la malade atteinte d'un ictus apoplectiforme, meurt.

Autopsie le 10/VIII. — Le cadavre n'est pas très maigre ; rigidité cadavérique persiste ; les os du crâne éburnés ; diploë disparu. La dure-mère est adhérente à la pie-mère. Dans le sinus longitudinal, on trouve plusieurs caillots ; presque toute la base du crâne est recouverte de masses gélatineuses qui se laissent facilement enlever.

Les ventricules sont dilatés, contiennent une grande quantité de liquide gris-rougeâtre.

Dans le ventricule droit et dans la partie antérieure du corps strié, un énorme épanchement sanguin récent qui pénètre dans la masse supérieure du corps strié ; la pie-mère remplie du sang, œdémateuse, se détache difficilement. La couche épendymaire des ventricules latéraux n'est pas granuleuse ; au-dessus, elle présente des hémorragies capillaires. La substance cérébrale est molle, le cervelet, malgré toutes les précautions, se détachait au moment de l'extraction ; le 4^e ventricule présente des granulations au fond. Le cervelet, comme c'était dit, est mou ; sur la coupe, de couleur gris-rougeâtre. Les vaisseaux de la base sans modifications. La masse cérébrale est atrophiée, les circonvolutions aplaties. Poids du cerveau, 1.029 grammes.

Observation VII. — DIEDOFF.

Malade âgée de 34 ans, bourgeoise, est entrée à l'hôpital le 25 novembre 1898.

D'après le récit du mari, son père est malade. Il ne connaît pas de maladies nerveuses dans la famille. La malade est mariée depuis 17 ans; elle a eu 8 enfants, 2 fausses couches, après le second enfant et le quatrième. Depuis environ 2 ans elle a : douleurs atroces de tête, insomnie, dégoût pour le travail; elle fait plusieurs actes de démence sans les comprendre; pour ses enfants, elle est tout à fait indifférente. L'examen physique nous a donné les résultats suivants :

La malade est bien constituée, ses organes internes sont en bon état, dilatation des veines des membres inférieurs, grossesse de 6 mois.

Inégalité pupillaire; la pupille droite est plus dilatée que la gauche.

La langue se dévie à droite en la tirant; les réflexes rotuliens sont diminués. Au point de vue psychique : affaiblissement de l'esprit et de la mémoire, pas de délire.

A partir de l'époque d'entrée jusqu'à l'accouchement, il n'y a rien de particulier dans son état. Le 10/XII 1899, la malade a accouché; l'enfant est né à terme, l'accouchement est normal; la veille encore de l'accouchement, la malade se portait très bien. A 6 h. 30 du matin, la malade a déjà accouché, le travail a duré une heure environ. Température après l'accouchement 37°, 37°2, pouls 86. Suites de couches normales, l'enfant est pris par son père. L'état mental est stationnaire, la malade ne s'oriente pas mieux dans sa situation qu'avant l'accouchement.

La mémoire des faits anciens persiste; la mémoire des faits récents est disparue; elle ne se rappelle pas du nom du nouveau-né, elle ne sait pas même qu'elle a accouché. Ecriture paralytique. Les troubles de la motilité persistent.

16/IV. — La malade est partie chez elle, elle n'est pas rentrée à l'hôpital.

Observation VIII. — DIEDOFF.

Malade âgée de 26 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 27 avril 1900. La malade dit qu'elle est tombée malade le mardi-gras. Son mari et sa mère confirment ses paroles; au mois de février 1900, jusqu'alors, elle se portait bien. La maladie a débuté de la façon suivante : céphalée tenace, bruits subjectifs dans la tête, hallucinations.

Elle avoue l'hérédité; son père il y a 1 an 1/2 est mort de maladie nerveuse. Sa mère est bien portante, deux frères et trois sœurs aussi, bien portants; la malade elle-même était toujours bien portante. La malade s'est mariée à 19 ans, elle avait deux enfants : le premier est mort à 2 semaines; le second qui a 3 ans, est bien portant; actuellement elle est enceinte de 7 mois, pas de fausses couches, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Examen physique : malade de bonne constitution; les seins normaux, utérus normal; le fond de l'utérus monte jusqu'à l'ombilic, les parties fœtales sont facilement perceptibles à la palpation. Les pupilles sont inégales, la réaction est conservée; asymétrie parétique de la face; trémulation fibrillaire de la langue; la parole n'est pas nette, ralentie; les réflexes rotuliens sont exagérés; elle se tient bien debout.

Au point de vue psychique, la malade s'oriente bien dans le temps et dans l'espace, elle est de bonne humeur; son raisonnement est très superficiel; pas de délire, pas d'hallucinations manifestes. Mémoire, raisonnement affaiblis; elle est contente de sa situation, ne pense pas à l'avenir.

Dans la période de 28/IV-31/VII, l'état de la malade reste stationnaire; la grossesse évolue normalement, l'état physique est bon.

Le 1/VIII, à 4 heures du matin, ont apparu les premiers symptômes du travail, contractions utérines douloureuses : à 5 heures du matin, la malade a accouché.

L'accouchement et suites de couches : normales ; enfant né à terme, viable. La malade est indifférente pour le nouveau-né : l'état mental de la malade n'a pas été modifié par l'accouchement.

8/IX. — Elle est partie à la campagne avec son mari, où elle restée jusqu'au 29/IV 1902 ; pendant ce temps, l'état physique et psychique s'est aggravé, elle n'a pas demandé de soins particuliers. A la fin du mois d'avril 1902, elle devenait parfois tellement agitée, qu'elle était dangereuse pour l'entourage. Le 29/IV 1902, elle rentre à l'hôpital. Pendant 2 semaines, la malade resta tout le temps agitée et tout d'un coup, brusquement elle devint calme, apathique ; la plupart du temps elle restait immobile au lit. Les troubles de la parole augmentent ; inégalité pupillaire, absence de réaction à la lumière et à l'accommodation.

L'état psychique nous présentait le type de paralysie générale très avancée, avec affaiblissement profond de l'intelligence, délire incohérent de richesse et état de satisfaction, de bien-être.

Elle est devenue gâteuse, malpropre.

29/VIII. — Ictus apoplectiforme, pendant lequel la malade est morte.

Autopsie. — Opposition.

Observation IX — DIEDOFF.

Malade âgée de 36 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 11 janvier 1901. Son mari dit que les premiers symptômes de la maladie ont commencé il y a environ deux ans. La malade est devenue très distraite ; on a remarqué en outre un grand affaiblissement de la mémoire. La malade se plaignait de

douleurs à la tête; dans cet état, elle reste jusqu'à l'automne 1900. Il y a deux mois, la malade a changé brusquement; elle est devenue très affairée, elle trillait constamment son linge, ramassait ses affaires. Elle a cessé de travailler, elle ne s'intéressait plus à ses enfants, elle les punissait souvent sans raison et sans mesure, brutalement; elle faisait des scènes de jalousie à son mari. Elle commence à boire de l'eau-de-vie, elle n'en prenait jamais avant.

Il y a quelques années, la malade a fait une fausse couche, Son mari est syphilitique. Symptômes physiques : malade de constitution faible, anémique; pupilles retrécies, inégales, réagissent à peine à la lumière; asymétrie de la face, la langue tirée hors de la bouche se dévie à droite. La parole est très vive, mais hésitante et avec échappement des syllabes. Le réflexe rotulien du côté droit est diminué, du côté gauche tout à fait aboli.

Les poumons respirent bien, les bruits du cœur sont assourdis. L'utérus est augmenté de volume, le fond monte jusqu'à l'apophyse xyphoïde; ombilic déplié, l'orifice du col perméable au doigt. A la palpation, sensation des parties fœtales. Au point de vue psychique, affaiblissement intellectuel très notable; la malade ne se rend pas compte ni de son état, ni de l'entourage; mémoire, raisonnement affaiblis; elle est cynique, pas d'hallucinations; par moments, délire des grandeurs.

De 12/I-28/I. — La malade est calme, mange beaucoup; malpropre; grossesse passe normalement.

29/I à 11 h. 30, l'accouchement est rapide et normal, l'enfant né à terme, mais de très faible constitution, athrétique.

30/I-10/II. — Suites de couches normales; l'enfant se porte bien. La mère n'a pas assez de lait. L'accouchement et les suites de couches n'ont eu aucune influence sur l'état psychique de la malade.

11/II-6/IV. — L'état psychique et physique de la malade

s'aggrave progressivement. On note : trémulation fibrillaire de la langue et tremblement des doigts. La déglutition devient gênée ; la malade se nourrit difficilement, les escarres apparaissent.

Température 38-39°. Le 7/VI, la malade est morte de cachexie paralytique.

Autopsie. — N'a pas été faite.

Observation X. — DIEDOFF.

Malade âgée de 30 ans, paysanne, est entrée à l'hôpital le 26 juin 1897. Son mari a déclaré que sa femme est malade depuis 2 ans. La maladie a débuté par de la dépression mentale profonde, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'insomnie, des douleurs de tête. La malade a cessé de travailler ; indifférente pour l'entourage. Depuis 3 mois, tremblement des doigts, difficulté de la parole ; sialorrhée et faiblesse des jambes.

La grossesse s'est passée normalement, l'accouchement est normal, favorable pour la femme et pour l'enfant.

L'état psychique après l'accouchement s'aggrave sensiblement ; on note de l'adynamie profonde.

Organes internes : rien de notable ; inégalité pupillaire, réaction de l'œil droit absente, à gauche faible ; trémulation fibrillaire de la langue ; la malade ne peut pas marcher, est très faible ; réflexes rotuliens abolis. Au point de vue mental, obnubilation de ses facultés intellectuelles, diminution de l'attention ; la malade se présente dans un état déplorable, l'affaiblissement d'esprit est très prononcé ; elle est restée à l'hôpital pendant 5 mois, et elle est morte dans un état de déchéance physique et morale.

Autopsie, 24 VII 1897. — Cadavre très émacié, de taille moyenne.

Atrophie de la couche musculaire et grasseuse ; rigidité cadavérique prononcée.

Les os de la voûte épaissis ; diploë presque disparu. La dure-mère est épaissie et trouble, adhérente par places à la face interne de la boîte crânienne. La pie-mère est aussi épaisse et trouble.

Poids du cerveau, 1.002 grammes ; la substance cérébrale est anémiée, un peu œdématiée.

La substance grise est atrophiée. Les ventricules latéraux dilatés, contiennent 30,0 de liquide séreux. La couche, épendymaire des ventricules latéraux ainsi que du ventricule est granuleuse.

Observation XI. — *Paralysie générale précoce et Grossesse*, par MM. Henri DUFOUR et HUBER. (Présentation de la malade à la Société de Neurologie, le 10 novembre 1910).

Si l'on consulte les traités de pathologie mentale sur le rapport existant entre la paralysie générale et la grossesse, on n'y trouve aucun renseignement : on voit décrites au cours de la paralysie générale les idées délirantes de grossesse. Dans les psychoses dites puerpérales, englobant toutes les formes mentales, toutes sont passées en revue, sauf la paralysie générale.

Nous rapportons, ici, une observation de paralysie générale précoce ayant débuté avant 26 ans, chez une femme enceinte.

OBSERVATION. — M... Madeleine, 26 ans, ouvrière, enceinte de 7 mois et demi, entre dans notre service de maternité le 7 septembre 1910.

Les antécédents héréditaires et personnels tels qu'ils nous ont été fournis sont sans intérêt.

M... s'est mariée à 15 ans. Son mari l'a épousée deux ans après avoir contracté la syphilis et après s'être consciencieu-

sement traité. La femme n'a jamais présenté d'accident syphilitique.

A 16 ans, elle accouche d'un enfant mort et macéré.

Elle a contracté, depuis l'âge de 11 ans, des habitudes d'alcoolisme, auxquelles on attribuait des troubles du caractère se manifestant par de l'irritabilité et des fugues, la faisant très souvent s'échapper de chez elle, pour aller se réfugier chez ses parents.

Depuis qu'elle est enceinte, elle a eu deux petits ictus avec parésie passagère du côté droit et aphasie également passagère.

Actuellement, on note de l'affaiblissement de la mémoire, un certain degré d'euphorie, une légère confusion mentale, portant sur la reconnaissance des lieux où elle se trouve. Absence de délire et d'hallucination.

La parole est bredouillée; gros achoppement sur les mots d'épreuves.

La marche est incertaine.

La langue, les mains tremblent; il y a du mâchonnement continuel.

L'écriture est tremblée.

Les réflexes rotuliens et achilléens, sont abolis des deux côtés. Pas de Babinski. Pas de clonus du pied.

Les réflexes oculaires sont conservés; il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

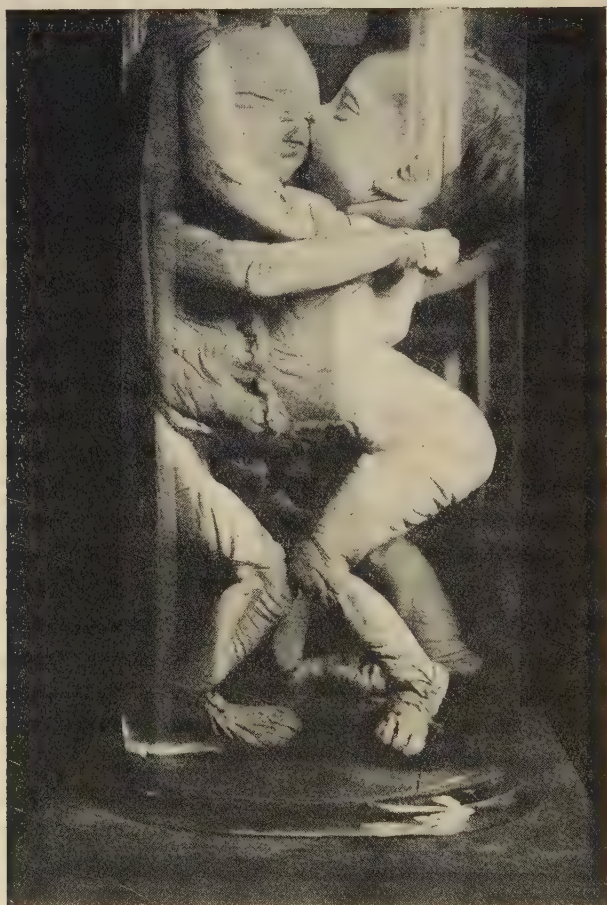
Pas de trouble de la sensibilité.

Léger gâtisme.

La ponction lombaire décèle un liquide en hypertension, renfermant de l'albumine en quantité notable et montrant, après centrifugation, une leucocytose abondante, dont la numération donne : polynucléaires 14, lymphocytes 100, grands mononucléaires 7.

La réaction de Wassermann a été pratiquée sur le sang et le liquide céphalo-rachidien de la malade par M. le docteur Du Castel. Les deux réactions ont été *positives*.

M. Brulé a sur les mêmes liquides pratiqué la même réaction par la *méthode de Hecht*. Les résultats ont été également positifs.



Musée de la Maternité, boulevard Port-Royal.

Photographie du monstre dont il est parlé dans l'observation XI.

L'examen obstétrical de la malade ne présente rien de particulier; l'enfant est vivant.

Plusieurs points sont à retenir dans cette observation :

a) Début précoce de la paralysie générale, 26 ans (forme somatique et tabétiforme).

b) Absence de stigmates extérieurs de syphilis, mais preuve de syphilis conceptionnelle fournie par l'accouchement, à 16 ans, d'un enfant mort et macéré. Aveux de syphilis maritale.

c) Habitudes alcooliques et absence de traitement syphilitique prédisposant à l'éclosion hâtive de la paralysie générale.

d) Réaction de Wassermann, positive avec le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue des rapports existant entre la paralysie générale et la grossesse, on notera que celle-ci favorise l'évolution de la première, la met en valeur (deux ictus depuis le début de la grossesse). C'est un phénomène analogue à celui que nous avons signalé dans le *tabes*.

Il y a lieu de se demander ce qu'il adviendra du fœtus. Nous nous proposons de le montrer à la Société s'il présente quelque chose d'anormal.

Nous rappellerons, à ce propos, que l'un de nous a déjà eu l'occasion de voir évoluer la grossesse chez une paralytique générale. Cette femme était, en 1898, hospitalisée dans le service de M. le professeur Joffroy. A la suite d'une sortie elle devint grosse et accoucha d'un monstre (jumeaux sternopages). Elle mourut quatre ans seulement après son accouchement.

Observation XII. — LÖWENHAUPT — 1 (traduction).

Femme de 41 ans. La malade dit qu'elle a eu 4 enfants vivants, et 13 fausses-couches ou enfants morts.

Est internée pour déséquilibre mental par le docteur H... le 15 août 1911.

Etat. — La malade est enceinte, la grossesse est très avancée. Elle se nourrit bien. Est mince, un peu pâle, facies hébété. Les pupilles sont inégales, réagissent paresseusement. Le langage est laborieux; les mots difficiles ne peuvent être répétés. La malade fait l'impression de démence complète, répond difficilement aux observations et ne porte aucun intérêt à son entourage.

Faiblesse prononcée de la mémoire et de l'intelligence; sur des maladies vénériennes antérieures, elle ne peut donner aucune indication. Prise de sang pour un Wassermann le 20 août. Désorientée, ne sait pas depuis combien de temps elle est ici, si elle a déjà diné.

Le Wassermann est fortement positif.

25 août. — Ponction lombaire qui ne réussit pas, parce qu'on ne peut pas arriver à obtenir de la malade la position favorable; troubles paralytiques du langage très prononcés. Lacunes énormes de la mémoire. Le malade est calme, n'a pas de surexcitation.

29 août. — Sur la demande du mari, et comme elle très tranquille, elle est transférée à la maison d'accouchement. Le 6 septembre 1911, elle a été reçue dans notre établissement.

Etat. — Gestation dans le 10^e mois. Facies atone, stupide. Les réflexes patellaires sont très vifs des deux côtés, pas de Romberg, pas de Babinski. Les réflexes achilléens ne sont pas exagérés. Les pupilles un peu diminuées de volume, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus. Désorientation. Ne sait indiquer ni le mois, ni le jour, ni l'âge de ses enfants. Difficulté d'élocution. Pas de suite dans les idées. L'examen de l'intelligence la montre très faible. Calcul lent avec erreurs. Langage traînant et hésitant. Omission de syllabes dans les mots un peu longs. Rien de particulier dans l'écriture, mais style incorrect. Pendant les premiers jours, elle est agitée et énervée; devient plus tranquille dans la suite.

Accouchement : début des douleurs le 6 septembre, à 4 heures de l'après-midi. De fortes et régulières douleurs.

La poche des eaux se rompit à 10 heures et demie du soir le même jour ; les douleurs augmentent : écoulement d'eaux verdâtres.

Naissance spontanée de l'enfant par le sommet, le 7 septembre à midi. L'enfant, une fille, était bien portant et cria de suite. Il était à terme, complètement développé.

Longueur : 52 centimètres.

Poids : 3.450 grammes.

Le placenta vint 3/4 d'heure après l'accouchement spontanément.

Les 2^e et 3^e jours suivants, fièvre jusqu'à 39°7 qui céda par une médication et par la pose d'une vessie de glace sur l'utérus.

Les suites de couches furent normales.

Le 16 septembre, la femme fut congédiée, en bon état, au point de vue obstétrical.

Observation XIII. — LOWENHAUPT (1) — 2 (traduction).

Etablissement provincial d'instruction pour sages-femmes à Cologne-Lindenthal, le 30 mars 1911.

Femme V..., 41 ans, V^e pare.

L'anamnèse est due au mari. Deux enfants vivants bien portants, 2 fausses-couches.

Le mari n'a jamais eu de manifestations syphilitiques et il ne sait rien à ce point de vue sur sa femme. Depuis les derniers temps, celle-ci serait très négligente, ne ferait rien dans le ménage ; quand il rentre le soir, rien n'est prêt.

Le 29 octobre 1910, les désordres mentaux s'étant accentués il la fait interner à Lindenburg.

(1) LOWENHAUPT. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1912.

Elle sort le 5 novembre non guérie; le 11 mars 1911, il faut de nouveau l'y reconduire.

Diagnostic de la grossesse. — V° pare, presque à terme, poche des eaux rompue, tête en bas, dos à gauche; l'examen complet de la femme est très difficile en raison de son état de surexcitation.

La malade est totalement désorientée; faible d'esprit, elle sourit stupidement à toutes les questions, ou y répond très lentement.

De temps à autre, elle semble surexcitée, fuyant le lit et disant qu'une autre personne est couchée à côté d'elle. Elle est dans un état de malpropreté repoussante. De plus, ses pupilles sont punctiformes et ne réagissent pas à la lumière.

La malade quitte de nouveau l'asile, revient le 2 avril et le 5 du même mois nous la voyons devenir très inquiète; elle soupire continuellement, et cependant nous ne pouvons voir là l'apparition des premières douleurs.

A 1 heure moins le quart, elle accouche spontanément d'un enfant vivant du sexe masculin qui crie aussitôt.

Long de 53 centimètres, du poids de 3.350 grammes.

La délivrance se fit spontanément 1/4 d'heure après.

Suites de couches normales; pas de fièvre; l'involution utérine cependant fut lente. Le dixième jour après l'accouchement, le fond de l'utérus remontait encore à 1 travers de main au-dessous de l'ombilic; les lochies étaient sanglantes.

Par instants, la malade est en proie à de très fortes crises de surexcitation; nous les combattons avec de la skopomorphine, mais elles ne tardent pas à devenir subintrantes, et de nouveau le transfert à Lindenburg doit être décidé. Un examen au spéculum n'a pu être fait; les lochies continuaient à avoir une teinte brunâtre et cependant la température était normale.

La malade est suivie à l'asile de Lindenburg, et M. le Professeur Aschaffenburg a bien voulu me communiquer les renseignements suivants :

Il s'agit d'une femme de 42 ans, mariée depuis 12 ans, qui a 2 enfants vivants et bien portants, un troisième est mort; de plus elle a fait 2 fausses-couches. Etant jeune fille, elle était en proie fréquemment à de violentes céphalées (occipitales et frontales) suivies de vomissements bilieux.

Depuis le 28 octobre de cette année, elle est complètement déséquilibrée, parle à tort et à travers et est très énervée. Pendant la nuit, elle reste tranquille, les yeux grands ouverts comme abruti; pas de cauchemars, pas de délire.

Le 30 octobre, la grossesse est à son sixième mois; l'appétit est médiocre, l'examen complet de la femme ne révèle aucun trouble : seules les pupilles sont inégales, ne réagissent pas à la lumière, pas de paralysies oculaires. La langue, quelque peu déviée à droite, est le siège de fréquentes trémulations fibrillaires. Les mains étendues ne tremblent pas. L'engorgement est lourd. Les mots viennent difficilement. Les réflexes sont très exagérés.

A droite, trépidations épileptoïdes très marquées. Le Babinski existe. Le Romberg simplement esquissé. La malade ne peut mettre un pied immédiatement devant l'autre, sa démarche est ataxique, sa mémoire est très diminuée; elle ne sait en quelle année nous sommes : elle se croit en février 1870. A côté de cela, elle dit exactement son jour de naissance (20 juin 1870). Elle ne se rappelle plus de la date de la naissance de ses enfants. Elle ne peut calculer même avec des chiffres très simples.

Son écriture est incertaine, tremblante; les mots portent des lettres et des traits intercallés, des syllabes entières sont omises, même dans son nom; c'est une écriture paralytique typique. Son sang fut pris pour faire son Wassermann. La réaction fut très positive.

Par moments, la malade devient très agitée; elle crie, jure, ne ferme pas l'œil de la nuit et raconte des choses incompréhensibles. Parfois elle demande de la laisser rentrer chez elle. Son appétit redevient normal. Parfois aussi elle est en

proie à des hallucinations auditives, elle demande : « mais qui donc dit cela ? », etc... Quelquefois elle a des idées de grandeur, de fortune; elle parle d'héritages. Elle ne se pense pas malade; quelquefois même elle est de bonne humeur et se croit tout-à-fait bien portante : « Si tout le monde était seulement aussi bien portant que moi ! », et elle redemande à sortir pour aller chez elle.

Le 5 novembre, malgré avis contraire, le mari la fait sortir de la clinique. La nuit, elle discourt à tort et à travers, a des idées de grandeur, puis tombe très abattue.

Le 1^{er} avril 1911 elle fut reconduite ici sur l'avis des sages-femmes, parce qu'elle était très inquiète depuis quelques jours déjà; la malade est dans le dixième mois de sa grossesse. La dilatation n'est pas encore commencée. Son agitation est extrême ainsi que ses hallucinations : elle crie, se plaint, regarde anxieusement autour d'elle et parle toute seule; les troubles du langage sont nets.

Le 2 avril, l'excitation continue; elle circule, bavarde continuellement, se tient debout dans le bain. La nuit de même-malgré la douche, il fut difficile de la faire rester au lit; plusieurs fois, elle tomba par terre.

Aujourd'hui matin, rupture de la poche des eaux; elle est à nouveau transférée dans un service d'accouchement. Ce n'est que le 18 avril qu'elle fut ramenée ici; elle avait accouché le 5 avril. Accouchement normal, enfant bien portant, légère hémorragie. Ce fut toujours pour son agitation qu'elle fut ramenée ici. Dans la nuit, elle eut plusieurs légères attaques dont elle se remit; le lendemain, l'excitation continue; il fallut la mettre au bain; elle sauta de la baignoire et cria toute la journée. Son langage est lourd, traînant, accroché; sa langue est saburrale, déviée à droite et le siège de trémulations. Réflexes rotuliens très exagérés, pas de clonus; le Wassermann est positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Malgré le médecin, elle est reconduite chez elle par son mari.

Observation XIV. — HARTUNG (1) (traduction).

Anna D., 39 ans, a été reçue dans notre Clinique le 12 novembre 1896. On apprend que son père était d'un caractère instable, sa mère excentrique, que son mari est atteint de paralysie générale. La malade fut elle-même dans sa jeunesse très agitée. Le commencement de la maladie date de l'été 1895. Elle fut alors énervée, négligente et indifférente, se croyant par moments très riche, achetant des bijoux, etc., et faisant de grands projets pour son intérieur.

Les symptômes se sont établis progressivement.

Depuis 6 mois, la malade est envahie par l'abattement et l'abrutissement; c'est à peine si elle cause. Des troubles des sens n'ont pas été constatés.

Elle vole des roses, des raisins, etc. Elle est enceinte de 8 mois. La pupille droite est plus grande que la gauche. Sa marche est indécise, le moindre obstacle lui fait perdre l'équilibre.

D'une injection syphilitique, il n'a rien été constaté.

Etat au 13 novembre 1896. — La malade se nourrit bien. Elle présente un aplatissement remarquable de la partie frontale du crâne et des oreilles en coquille. La face est symétrique, l'expression de la figure abrutie. La pupille droite est plus grande que la gauche. Les deux n'éprouvent qu'une minime réaction à la lumière.

Il n'est pas constaté une modification sensible de la vue. Parfois les paupières sont animées de tremblement.

Le palais est symétrique dans ses parties osseuses et dans ses parties musculaires. Il existe une forte dysarthrie et de l'achoppement.

Le fond de l'utérus se trouve à une largeur de main au-

(1) HARTUNG. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913

dessus du nombril ; les petites parties sont sensibles en haut, à droite.

Aux membres supérieurs, il n'existe qu'un léger tremblement, mais les mouvements usuels sont très difficiles. La force générale a beaucoup diminué. Aux membres inférieurs on constate de l'ataxie et également une grande diminution de la force. Les réflexes patellaires et achilléens sont très vifs de part et d'autre.

En suivant la maladie, nous constatons encore que la malade n'est pas orientée.

Elle exécute ce qu'on lui dit, mais ne comprend pas tout et exécute mal. A de simples questions sur son entourage, elle ne sait rien répondre, ne sait rien sur sa propre personne. Elle dit : « J'ai 19 ans, je suis mariée depuis 18 ans ».

En fait de calcul mental, elle ne sait rien ; même aux plus simples questions, elle répond incertainement.

L'accouchement eut lieu le 16 décembre 1896. Détails complémentaires de l'histoire de la maladie :

Plus tard, en février 1897, elle montre plus d'activité intellectuelle avec amélioration de l'orientation. Le calcul mental va beaucoup mieux. Elle s'occupe de couture, de tricotage. Au point de vue psychique, elle est très variable ; elle est à certains moments très désorientée.

Avec les autres symptômes, le dérangement du langage a beaucoup diminué.

Il semble donc que nous ayons à faire ici à une forte rémission.

En avril, il se produit de nouveau du trouble dans le langage et il y a de grosses erreurs dans le calcul mental.

Les mouvements des jambes deviennent dans le courant de l'année moins sûrs et plus tremblants.

Il a été remarqué qu'en avril 1898, elle a écrit une lettre bien rédigée et de bonne écriture et avec peu de fautes.

Au mois de juin suivant, au contraire, écriture tremblée, syllabes interrompues et omission de toutes sortes.

Elle devient plus sotte, rit des reproches du mari.

En décembre 1899, elle devient récalcitrante et exigeante. Surexcitation prononcée. Elle parle incompréhensiblement et ne bégaye que quelques paroles.

En mars 1900, la pupille gauche est très petite, la droite moyenne. La gauche réagit promptement à la lumière, la droite pas.

Dans le courant de l'année 1911, la malade devient mal-propre; elle se salit d'excréments et devient de plus en plus stupide.

En septembre 1911, elle est toute chancelante, ne sait ni marcher, ni rester assise ou couchée. Le décubitus se fait sur n'importe quelle partie saillante du corps.

Le 15 novembre 1911, au bain, elle tombe en collapsus, commence à râler et meurt au bout de quelques minutes.

A l'autopsie, il est à noter : la crosse de l'aorte et les coronaires sont peu sclérosées.

La boîte crânienne est très épaisse, spécialement le diploë. La dure-mère n'est pas adhérente à la calotte, qui pèse 530 grammes. Vers le milieu de la fosse droite, on remarque les restes d'une ancienne pachyméningite hémorragique. Les méninges molles sont peu épaissies et partiellement atteintes. Le cerveau est congestionné et envahi par la sérosité; les sillons ne sont pas augmentés de volume. L'épendyme présente des granulations.

Comme il résulte de l'observation et de l'autopsie, il s'agit d'une paralysie générale. Nous avons reçu la malade dans l'état de paralysie générale confirmée; l'évolution a été très longue malgré l'intensité des symptômes du début. Cela tient probablement aux rémissions qui sont venues interrompre le cours de la maladie. On ne peut constater si sa rémission de février 1897 a été occasionnée par l'accouchement ou par la période de lactation qui a suivi. Il est cependant admissible de prendre l'accouchement ou les suites de couche comme cause de cette rémission subite et importante.

L'accouchement commençait le 16 décembre 1896, à 10 heures du matin ; la poche des eaux se rompit. La malade ne se plaignit nullement des douleurs de l'enfantement, resta impassible, mais parut avoir conscience de ce qui se passait en elle. A 5 h. 30, l'enfant fut saisi avec les fers, les contractions ne se produisant plus. Cette opération fut faite sans narcose et ici également la malade laissa se faire sans bouger ni pousser un seul cri de douleur.

La délivrance fut faite une heure après par « Crédé ».

Cet enfant, bien portant, fut son 5^e. Elle avait déjà mis au monde 3 garçons et une fille, âgés actuellement de 4 à 13 ans. De ses fausses couches, l'on ne sait rien.

Le nouveau-né présenta le 17 au soir une forte sécrétion purulente à l'œil ; il y a été traité de suite au nitrate d'argent, ce qui fit bientôt cesser le mal. En décembre, guérison complète.

On n'a malheureusement aucune indication sur la façon dont s'est élevé l'enfant.

Observation XV (1).

Nous ne possédons que fort peu de renseignements sur la malade qui fait l'objet de cette observation. Entrée le 5 mai 1914 à la Salpêtrière, dans le service de M. le Docteur Chaslin, nous n'avons que les notes prises de ce jour au 25 avril 1914, date de la mort de la malade. Mais nous savons par M. le Docteur Colin, qui a examiné les enfants de la malade, que les premiers symptômes de paralysie générale se sont manifestés au cours d'une grossesse terminée par l'accouchement à terme d'une fille âgée actuellement de 20 mois. Elle avait eu un garçon, âgé actuellement de 7 ans.

(Placement volontaire),

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes que M. le Docteur CHASLIN voulut bien nous permettre de consulter dans son service.

Mme F. J..., blanchisseuse, âgée de 26 ans est entrée le 5 mars 1914 à la Salpêtrière. Le Docteur Chaslin délivre le certificat suivant :

Présente du ralentissement intellectuel très marqué avec aspect figé du visage, paupières tombantes, inégalité et abolition des réflexes, des pupilles. Trouble de la parole. Tremblement de la langue et des doigts.

Gros trouble de l'écriture. Syphilis cérébrale ou paralysie générale probables. A observer.

Interrogation, le 5 mars 1914 :

— Pourquoi venez-vous ?

— Pour me faire soigner ; j'ai perdu la mémoire.

— Quand êtes-vous née ?

— En 88, mois de février. Nous sommes : mercredi. Mois : avril. Année 1914.

— Pourquoi avez-vous perdu la mémoire ?

— On me l'a dit.

— Qui ?

— Je ne sais pas,

Elle ne travaille plus depuis qu'elle a eu la petite.

« Je suis tombée en paralysie, j'ai eu le côté gauche paralysé ».

— Quand ?

— Avant l'accouchement ; c'est survenu subitement, je l'ai remarqué en me levant.

— Durée ?

— 2 ou 3 jours. Cela s'est produit un mois avant. J'ai été chez une sage-femme rue de l'Hôpital.

— Pourquoi êtes-vous venue ici ?

— Pour me faire soigner.

— Où êtes-vous ?

— A la Salpêtrière.

— Qui vous y a conduit ?

— Ma tante.

— Pourquoi ?

— Me faire soigner, j'ai perdu la mémoire.

— Quand on vous fait faire des commissions ?

— Je les oublie.

Aspect :

Hébétude. Attitude figée.

Paupières tombantes, également des 2 côtés.

Asymétrie faciale.

Inégalité pupillaire. Mydriase à gauche.

Abolition des réflexes pupillaires à la lumière, à l'accommodation.

Tremblement fibrillaire de la langue.

Pas réglée depuis son accouchement le 14 octobre.

Parole :

Embarras léger. Difficulté à prononcer certains mots d'épreuve.

Ecriture :

Très tremblée avec fautes d'orthographe nombreuses et syllabes sautées.

Répétition de mots.

Mauvais alignement des lettres.

Conduite de l'aliénée à l'intérieur du service :

La malade est malpropre et ne sait pas prendre seule les soins de toilette. Mange gloutonnement et beaucoup, mais sans s'occuper des heures des repas.

Elle se dévêt à tous instants et cherche à se coucher à toute heure du jour.

Est excitée, crie, pleure.

Peu de sommeil. Bavardage nocturne. Agace ses compagnes, mais n'a aucune relation affective avec elles.

Reçoit bien les visites. Pleure, cherche à s'enfuir avec les personnes qui viennent la voir.

Ne s'occupe pas, ne fait rien dans le service.

Est incohérente, réclame ses enfants, répète qu'elle va mourir.

Arpente la cour une partie de la journée.

Crie, dispute le personnel, réclame sa sortie.

Poids d'entrée : 51 kilogr. 300.

Poids de quinzaine : 49 kilogr. 800.

Le 16 mars 1914. — « Cela ne va pas mal, dit la malade, sauf mes yeux ».

En entrant elle donne une poignée de main à tous les assistants et veut embrasser l'interne.

Elle est agitée dans le service, crie.

— Il y a combien de temps que vous êtes mariée?

— 3 ans.

— Mais vous avez un enfant de 7 ans?

— Il y a 8 ans que je suis avec mon mari.

Le 18 mars 1914. — Quand sortez-vous?

— Je ne sais pas, je ne suis pas guérie, je ne parle plus.

Décès, le 25 avril 1914.

Cause : tuberculose pulmonaire.

Observation XVI (1)

Paralysie générale progressive, à forme démentielle.

Primipare, 27 ans, fleuriste.

Entrée au dortoir le 21 décembre 1913.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans d'une maladie de foie.

Mère, 45 ans, bien portante.

2 frères et sœurs vivants, élevés comme elle au sein maternel; elle est la plus jeune.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché, réglée à 13 ans, irrégulièrement. Durée des règles 5 jours. Premiers rapports à 15 ans.

(1) Cette observation a été prise dans le service de M. le Professeur Pinard. Elle se trouve dans les si riches *Archives de la Clinique Baudelocque*. M. le Professeur Pinard a bien voulu nous permettre de la reproduire.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Les quelques renseignements que nous avons sur cette malade nous ont été donnés par sa mère.

Rien à signaler au point de vue héréditaire. Elle est la plus jeune de ses frères et sœurs.

Est-elle née prématurément. Sa mère n'est pas précise à ce sujet. Elle n'a en tout cas jamais présenté d'incontinence d'urine, ni de troubles de la marche pendant son enfance.

A l'âge de 2 ans, elle aurait été poussée dans le feu par un de ses frères et présente des cicatrices de brûlures très étendues aux 2 jambes.

De tous ses frères et sœurs, elle s'est toujours montrée la moins apte au travail. Elle exerçait le métier de fleuriste et ne gagnait guère plus de 10 à 12 sous par jour.

Elle fut réglée à 13 ans, toujours irrégulièrement.

Vers l'âge de 23 ans, elle présenta pour la première fois des crises convulsives siégeant aux membres inférieurs et prédominants à droite. Les renseignements sur ces mouvements convulsifs sont imprécis, mais on sait que depuis ce moment la femme a présenté un certain degré d'hémiparésie du côté droit.

A la suite de ces troubles, un médecin consulté aurait fait des séries de piqûres prolongées pendant plusieurs mois, sur la nature desquelles nous n'avons aucun renseignement précis.

C'est au début d'avril que la femme aurait eu ses dernières règles; elle pourrait être à terme. Pas d'albumine pendant la gestation.

Elle arrive à la Clinique le 21 octobre conduite par sa mère.

Dès qu'on l'interroge, on est frappé par son état mental particulier. Elle nous donne une description exacte des faits qui se sont passés dans son enfance; sa mémoire d'évocation est fidèle, mais elle présente de grandes lacunes sur les faits récents.

Elle est désorientée dans le temps, croit être à la Clinique depuis fort longtemps, ne sait quel jour on est.

Son mari vient la voir chaque dimanche en lui donnant ce repère; on ne peut lui faire dire dans combien de jours elle le reverra. Donc sa mémoire n'existe pour ainsi dire pas pour les faits actuels.

Elle est désorientée dans l'espace. Elle ne se rend pas compte qu'elle est dans un service d'accouchement à cause de sa gestation.

Elle dit qu'elle a eu son certificat d'étude, mais elle est incapable de faire une addition très simple.

Examen général :

Squelette. — Normal.

Peau. — Cicatrices de brûlures sur les deux membres inférieurs.

Cœur. — Normal.

Poumons. — Normaux.

Cedème. — Membres inférieurs, surtout à droite.

Varices. — Nulles.

Examen obstétrical :

Seins. — Normal.

Ventre. — Normal.

Utérus. — Normal.

Tension des parois. — Moyenne.

Présentation. — Sommet.

Engagement. — Pas.

Bassin. — Normal.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal normaux.

Entrée à la salle de travail le 13 janvier 1914.

Accouchement :

Début du travail : 12 janvier, 22 heures.

Entrée à la salle de travail : 13 janvier, 17 heures.

Etat de la dilatation à l'entrée : complète.

Variété de position : O. I. D. P.

Rupture des membranes : spontanée, précoce, 13 janvier, 16 heures.

Liquide amniotique : opalescent.

Variété de position au moment du dégagement : O. P.

Rotation effectuée à 17 h. 30.

Durée de la période d'expulsion : 1 heure.

Lésions vulvo-périnéales : légère éraillure à la fourchette.

Quantité de sang perdu : assez grande quantité.

Délivrance par tractions et expression combinées 30 minutes après l'accouchement.

Pouls. — 84.

Température. — 37°1.

Pendant l'accouchement, la femme n'a pas paru souffrir.

Enfant. — 3.420 grammes, vivant.

Placenta. — 540 grammes.

Pas de température pendant les suites de couches.

Etat de la mère à la sortie : Sainte-Anne.

Date de la sortie : 4 février 1914.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir à Sainte-Anne :

Mme X..., a été reçue à Sainte-Anne le 5 février 1914 avec le certificat suivant signé du Dr Brian.

C. J..., est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence et conscience nulle de sa situation.

Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire.

Transférée à Maison Blanche le 7 février 1914, puis reprise par sa famille.

Amenée au bureau d'admission de Sainte-Anne le 3 avril 1914 avec le certificat suivant :

Placement volontaire, le 2 avril 1912.

Mme X... est atteinte de troubles cérébraux, caractérisés par de l'affaiblissement intellectuel avec incohérence et inconscience presque absolue, un état d'excitation alternant avec des accès de dépression; la malade crie surtout la nuit, déchire ses habits, s'arrache les cheveux, puis se met à pleurer. Elle a en outre des hallucinations surtout nocturnes et dit voir constamment une femme qui veut lui faire du mal.

Cet état mental nécessite l'admission de Mme X... dans un établissement spécial pour y recevoir les soins que comporte son état.

Signé : D^r MORIN.

Suivent décrits ces symptômes :

Gros embarras de la parole.

Inégalité pupillaire $D > G$.

Inertie. Réflexe rotulien exagéré. Euphorie.

Inconscience de sa situation. Tatouage.

Aux 2 bras, faiblesse musculaire généralisée.

Gâtisme(?),

Notes prises le 3 avril à Sainte-Anne :

Mme X... est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence et conscience nulle de sa situation. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. Tatouages. Déjà traitée.

Elle fut transférée quelques jours après à Ville-Evrard.

Observation XVII (1).

Mme X..., 36 ans, transférée du service de M. le D^r Causade à l'Hôtel-Dieu où elle était en traitement le 28 janvier 1914 dans le service de M. le D^r Dupré à Laënnec.

Renseignements fournis par la sœur de la malade :

(1) Observation prise dans le service de M. le Docteur Dupré.

Le père à 33 ans, se suicide par pendaison ; pas d'autres suicides dans la famille.

Les frères et sœurs sont bien portants, sauf une sœur qui a de la paralysie faciale.

Depuis longtemps, la malade a de l'incoordination. Elle est mariée depuis un an.

Depuis 2 ans, elle est très changée. Il y 14 ou 15 ans, elle aurait fait une fausse couche. Il y a 18 mois, elle accouche d'un enfant qui meurt à 6 mois.

Jamais elle n'a été malade, jamais elle n'a eu de maux de gorges.

Il y a quelques jours elle va consulter à l'Hôtel-Dieu ; elle y entre ; elle y était depuis 8 jours, quand on l'amena à Laënnec.

Renseignements pris dans le service de M. le Dr Caussade :

A son arrivée elle refuse de prendre un bain, disant qu'elle a assez d'eau dans le corps. Interrogée, elle répond, mais avec réticence. Elle se plaint de l'estomac, elle vomit, dit-elle, continuellement de l'eau claire qu'elle a dans le corps ; son lit est trempé. Pourtant quand on lui montre que son lit est sec, elle le reconnaît.

Elle se plaint de ce que l'on ne s'occupe pas d'elle, qu'on ne fait rien pour la guérir. Mais si on veut l'examiner, elle veut qu'on la laisse tranquille.

Colère. Taquinerie. Malignité.

Observation prise à Laënnec :

3 février. — Négativisme et vésanisme. La vessie forme une tumeur. On la sonde et l'on retire 1 litre 350 grammes d'urine. Ce sondage soulage la malade qui avoue qu'elle avait envie d'uriner.

On remarque que le ventre, malgré le sondage, reste augmenté de volume. On songe alors à une grossesse. Un examen dans ce sens en donne la certitude. La sœur de Mme X... interrogée, apprend que depuis 3 ou 4 mois, la malade n'avait plus ses règles.

Les seins sont augmentés de volume.

Aucun trouble des réflexes, ni tendineux, ni cutanés, ni pupillaires.

Les troubles de l'humeur et du caractère persistent.

11 février. — La malade alternativement reste un jour sans manger et sans rien faire, puis le lendemain mange beaucoup et présente de l'excitation.

Les pupilles réagissent mal.

La dysarthrie est reconnue qui confirme le diagnostic de paralysie générale.

Rien de particulier dans la gestation.

12 mars. — Examen des réflexes :

Les réflexes sont un peu vifs à droite et à gauche aux membres supérieurs.

Aux membres inférieurs : patellaires, un peu plus vifs à gauche qu'à droite ; achilléens : normaux à gauche, un peu faibles à droite.

Babinski absent à droite.

A gauche, douteux par la manœuvre habituelle, on le fait apparaître par la manœuvre de Oppenheim.

Réflexe abdominal très affaibli des 2 côtés.

Les réflexes à la lumière sont conservés, à peine ralentis.

Pupille gauche légèrement plus grande que pupille droite.

Examen obstétrical :

Toucher vaginal : utérus augmenté de volume, globuleux, semblant être celui d'une grossesse de 4 mois.

7 avril. — Le col est gros et mou. Hydramnios possible ?

Ballotement vaginal. Ballotement abdominal.

Le cœur fœtal ne s'entend pas.

Un traitement est institué, traitement mixte, iodure de potassium et biiodure de mercure.

5 mai. — La gestation suit son cours, l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic, les bruits du cœur ne sont toujours pas perçus.

La malade est satisfaite, elle est bien soignée, bien

nourrie. Sa maladie est d'avoir de l'eau dans le ventre, mais ça ne l'inquiète pas.

On lui dit qu'elle est enceinte. Elle répond oui comme si c'était un événement qui ne l'intéresserait pas personnellement. Sent-elle remuer? Oui. Elle aurait répondu non tout aussi bien. Elle répond aux questions qu'on lui pose, automatiquement, sans faire le moindre effort d'attention. Questionnée sur son âge, elle répond qu'elle a 33 ans. Elle dit que son mari vient la voir ainsi que sa sœur, ce qui est exact.

Il y a 3 semaines, un pareil interrogatoire ayant été tenté, la malade avec un air revêche avait refusé de répondre ou alors prononçait le seul mot : Non. Aujourd'hui, elle se rappelle de son attitude ce jour-là, mais ne s'excuse pas. Ses variations d'humeur se font d'un jour à l'autre.

Mémoire des faits anciens : conservée bonne ; des faits récents ; attention spontanée et soutenue : bonne.

30 mai. — La malade reste couchée au lit, ne se lève pas. Mange bien. Elle ne se rend pas compte qu'elle est enceinte ou du moins ne s'en occupe pas. Elle serait incapable de s'habiller elle-même. En somme, depuis qu'elle est entrée dans le service, son état mental a baissé, mais progressivement.

Les réflexes pupillaires sont paresseux à la lumière. Quant aux autres, ils n'ont guère varié.

La gestation continue son cours. Hauteur utérine au-dessus du pubis, 22 centimètres. Les bruits du cœur ne sont toujours pas entendus. Les mouvements du fœtus ne sont pas perçus par la mère. Elle ne parle plus de l'eau qu'elle a dans le ventre.

Numéros	OBSERVATIONS Les 17 premières Observations sont publiées in-extenso.	Age des malades au moment de la grossesse.	Durée de la maladie (temps approximatif).	Temps écoulé entre l'accouchement et le décès.	GESTATION			Les symptômes sont apparus au cours de la gestation.	Rémission constatée après l'accouchement.	ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES		
					Les Symptômes étaient apparus avant la gestation.					P. G. non influencée par l'accouchement.	P. G. aggravée après l'accouchement.	P. G. constatée à la suite de couche d'une grossesse.
					P. G. non modifiée.	P. G. améliorée.	P. G. aggravée.					
I	Diedoff n° 1	37 ans.	?	?				Débuts ? En tout cas est internée au 2 ^e mois de sa grossesse. Les symptômes à partir du 8 ^e mois de sa grossesse s'améliorent.	La malade sort de l'asile, rémission 9 mois.			
II	— n° 2	36 ans.	4 ans.	9 mois.	Suit son cours							Grosse aggravation aussitôt apr. suite couches 3 semaines après accouch., grosse aggravation 4 semaines après accouchement, aggravation. Après accouch., exagération des symptômes. 1 mois après accouchement, mort par ictus.
III	— n° 3	30 ans.	4 ans.	?	—							
IV	— n° 4	41 ans.	?	10 mois.								
V	— n° 5	27 ans.	4 ans.	1 a. 1/2	Maladie très avancée, suit son cours.							
VI	— n° 6	30 ans.	?	2 mois.	Maladie très avancée, suit son cours.							
VII	— n° 7	34 ans.	?	?	Suit son cours.					La malade est sortie de l'asile, mais dans le même état.		
VIII	— n° 8	26 ans.	2 a., 2 m.	2 ans.				Début au 7 ^e mois, grossesse.		Accouchem. ne modifie rien. mais les suites de couches passées, aggravation progressive.	Brusque aggravation qq. temps après accouch.	
IX	— n° 9	36 ans.	2 a. 1/2	6 mois.	Suit son cours.			Cours P. G. semble accéléré.		P. G. suit son cours.	Aggravation après accouchement.	
X	— n° 10	30 ans.	2 a. 1/2	5 mois.								
XI	Dufour et Huber, année 1898.	26 ans.	?	4 ans.	Malade de Sainte-Anne devient grosse à la suite d'une sortie. Maladie suit son cours.							
	— 1910.	?	?	?				P.G.se manifeste par des symptômes graves. (2 ictus).				
XII	Lowenhaupt n° 1 { 1 ^{re} grossesse	41 ans.	?	?	P.G débute peu avant grossesse, suit son cours.					P. G. suit son cours.	Très grande surexcitation.	
XIII	— n° 2 { 2 ^e grossesse.	42 ans.	?	?	Suit son cours progressif.					P. G. non influencé.		
XIV	Hartung	41 ans.	?	?	P. G. très avancé suit son cours.			Dès le début grossesse, affaibliss. et abrutiss.		La maladie évolue lentement, mais progressiv.	2 mois après accouch., amélior. qui dure 2 mois.	
XV	Obs. du service de M. le D ^r Chaslin	39 ans.	mort	tubercu				Début (ictus). P. G. au cours grossesse.	Internée immédiatement après son accouch. qq. temps après est reprise par sa famille, mais réinternée au bout de 2 mois.			
XVI	Obs. du service de M. le D ^r Pinard	26 ans.	vit	encore.				P. G. apparaît au cours grossesse.				
XVII	Obs. du service de M. le D ^r Dupré. { 1 ^{re} gross.	36 ans.	vit	encore.				P. G. semble apparaître au cours grossesse, mais ne sera reconnu que 2 ans plus tard		Symptômes P. G. peu caractérisés, suit son cours.		
XVIII	— 2 ^e gross.							Débuts P.G. au 4 ^e mois de la grossesse.	Immédiatement après l'accouchement, rémission de 3 mois suivi d'une aggravation telle que la malade se trouve transportée à une période très avancée de la maladie.			
XIX	Dubrisay	33 ans.	?	?						P. G. suit son cours, grave.		
XX	Thèse Hérissé (Bonnet)	38 ans.	?	?	P.G dans période terminale non modifiée.			Débuts dans 2 ^e mois grossesse.	1 rémission se produit, mais seul. 4 m.apr. acc			
XXI	Damaye	37 ans.	5 ans.	4 ans.						Affaiblissement rapide, mais progressif.	Affaiblissement physique et intellectuel constaté après accouchement.	
XXII	Thèse Rolland n° 1	19 ans.	1 a. 1/2	7 mois.						Aucune modification.		
XXIII	— n° 2 { 1 ^{re} grossesse (avant P. G.)	41 ans.	4 a. 1/2	3 ans.	Suit son cours.					Suit son cours.		
XXIV	— n° 3 { 2 ^e grossesse (pendant P. G.)	35 ans.	7 ans.	4 a., 7 m.	Suit son cours.							
XXV	— n° 4	32 ans.	2 a. 1/2	2 ans.				Est admise à l'asile 3 ^e mois grossesse.				
XXVI	— n° 5 { 1 ^{re} grossesse (avant P. G.)	27 ans.	5 a. 1/2	4 ans.						Aucune modification.		
XXVII	— n° 6 { 2 ^e grossesse (pendant P. G.)	32 ans.	3 ans.	2 a. 1/2				Début au 3 ^e mois grossesse.	Avant accouchement était dans un état de torpeur. 1 mois après accouchement, amélioration telle qu'elle sort de l'asile.			
XXVIII	— n° 7	24 ans.	?	?				Vers la fin de la grossesse, P.G. se manifeste par un vol à l'échelle.		Rémission 4 mois après l'accouch. qui ne précède que de 2 mois la mort dans le marasme.		
XXIX	— n° 8	30 ans.	2 ans.	6 mois.	Suit son cours, la P. G. avait présenté des rémissions avant la grossesse.					Suit son cours.		
XXX	— n° 9	40 ans.	Mort p. hém.	de la délir.	Suit son cours.							
XXXI	— n° 10	35 ans.	2 a. 1/2	2 ans.				Débuts au 4 ^e mois grossesse.				
XXXII	— n° 11	35 ans.	?	?				Débuts au 3 ^e mois grossesse.	Qq. temps apr. accouch., amél., sortie de l'asile.			
XXXIII	— n° 12	37 ans.	mort	par acci.	Suit son cours.							
XXXIV	— n° 13	39 ans.	?	?	Suit son cours.							
XXXV	— n° 14	38 ans.	?	?				Débuts au 3 ^e mois grossesse.	2 mois après accouchement, amélioration.			
XXXVI	— n° 15	39 ans.	mort	tubercu.				Débuts au 2 ^e mois grossesse.	Amélioration mentale après accouchement.			
XXXVII	Thèse Bruas (Colovitch)	?	?	?				Débuts au 4 ^e mois grossesse.	1 mois après accouch., amélioration légère.			
XXXVIII	— n° 16	24 ans.	?	?					2 mois après accouchement amélioration considérable qui dure 2 ans.			
XXXIX	— (Petit)	32 ans.	?	?								
XL	— (Febvre)	32 ans.	4 ans.	3 a. 1/2	Suit son cours, état de démence complet.					L'état satisfaisant se maintient.		
XLI	— (Richard Dewey)	37 ans.	?	?						Suit son cours.		
XLII	— (Crété)	44 ans.	?	?				Débuts 4 ^e mois grossesse.	Rémission ayant duré 2 ans.			
XLIII	— (Merop)	20 ans.	4 ans.	1 an.								
XLIV	— n° 30 { 1 ^{re} grossesse (pendant P.G)	34 ans.	?	?				Débuts P.G. et grossesse coïncident. Troubles mentaux profonds.	Après accouchement amélioration très sensible qui permet la reprise du travail.			
XLV	— 2 ^e grossesse									3 mois après accouchement, légère accalmie qui ne dure pas, la P. G. suit son cours.		
XLVI	— (Curet)	42 ans.	?	?								
XLVII	— n° 32	44 ans.	?	?	P. G. à son début et va progressivement.				Après accouchement légère amélioration. Depuis accouchement, l'état s'améliore. La malade sort de l'asile 1 mois après accouchement n'ayant plus aucun symptôme.			
XLVIII	— n° 32	37 ans.	?	?	Suit son cours.			Débuts au 8 ^e mois grossesse.	Rémission : sortie de l'asile, rentrée à l'asile 2 mois plus tard.	Aucune modification		
XLIX	Thèse Crété n° 27.	44 ans.	?	?				Débuts (?) au cour grossesse.				
L	— n° 26	23 ans.	?	?						Suit son cours.		
		Moyenne 34 ans.	Moyenne 3 a. 1/2	Moyenne 2 ans.	21 cas.	1 cas.	7 cas.	19 cas.	14 cas.	20 cas.	12 cas.	2 cas.

Influence de la Paralyse générale sur la Grossesse.

Numéros	OBSERVATIONS Les 17 premières Observations sont publiées in-extenso.	ALLURE GÉNÉRALE DE LA GESTATION	ACCOUCHEMENTS	AVORTEMENTS	NOUVEAU-NÉS	
					Nés vivants.	Nés morts, ou prématurément, ou avec malformations, ou avec ac- cidents syphilitiques ou chétifs.
I	Diedoff n° 1	Normale.	Travail débute brusquement. Acc. rapide		Bien portant, à terme.	
II	— n° 2	—	Normal.			
III	— n° 3	—	—		A terme.	
IV	— n° 4	—	—		Vivant.	
V	— n° 5	—	—		A terme.	
VI	— n° 6	—	—		—	
VII	— n° 7	—	Travail débute brusquement et est très court.		—	
VIII	— n° 8	—	Ressent les douleurs. Acc. normal.		—	
IX	— n° 9	—	Rapide.		—	A terme, mais athrepsique.
X	— n° 10	—	Normal.		• Vivant.	Filles sternopages.
XI	Dufour et Huber, année 1898	—	—			
XII	Dufour et Huber, année 1910	—	—			
XIII	Löwenhaupt } 1 ^{re} grossesse (pendant P. G.).	L'involution de l'utérus se fera très lentement.	Pas de douleurs.		Bien portant. Poids, 3.350 gr. Mort peu après.	
XIV	Löwenhaupt. } 2 ^e grossesse	Normale.	Normal.		Bien portant.	
XV	Hartung	Normale.	Travail de durée normale. Douleurs, mais expulsion spontanée et rapide.		A terme, bien portant. Poids, 3.450 gr.	
XVI	Obs. du service de M. le D ^r Chaslin	?	Sans douleurs. Forceps, pour défaut de contractions.		Bien portant.	
XVII	Obs. du service de M. le D ^r Pinard	?	?		Fille bien portante suivie jusqu'à l'âge de 20 mois.	
XVIII	Obs. du service de M. le D ^r Dupré } 1 ^{re} grossesse (avant P. G.)	Normale.	Normal.			Enfant chétif mort au bout de 6 mois.
XIX	Dubrissey } 2 ^e grossesse (pendant P. G.)	—	Sans douleurs, en quelques minutes.		Enfant bien conformé.	
XX	Thèse Hérissey (Bonnet)	Il n'y a pas eu de sécrétion lactée.	Spontané et sans douleurs, la malade n'en a pas eu conscience.			Né mort, pesant 1.503 gr., bien qu'il fut à terme.
XXI	Damaye	Normale.	Sans douleurs et sans efforts.		Garçon bien constitué. Mort le mois suivant d'infection intestinale.	
XXII	Thèse Rolland n° 1	Normale.	Normal.		Bien constitué, à terme.	
XXIII	— n° 2 } 1 ^{re} grossesse (avant P. G.)	—	—			Enfant né avant terme insuffisamment déve- loppé qui ne vit que quelques jours.
XXIV	— n° 3	—	—		Enfant à terme, bien constitué.	
XXV	— n° 4	—	—			
XXVI	— n° 5 } 1 ^{re} grossesse (avant P. G.)	—	—		Enfant à terme, bien constitué.	
XXVII	— n° 6 } 2 ^e grossesse (pendant P. G.)	—	—		A terme, bien constitué.	
XXVIII	— n° 7	—	Femme accouchée en état de stupeur.		—	
XXIX	— n° 8	—	Normal.		—	
XXX	— n° 9	—	Hémorragie de la délivrance. Mort de la malade.			Venu à 8 mois, bien constitué.
XXXI	— n° 10	—	Normal.		A terme, bien constitué.	
XXXII	— n° 11	—	—		—	
XXXIII	— n° 12	—	—		—	
XXXIV	— n° 13	—	—		—	
XXXV	— n° 14	—	—		—	
XXXVI	— n° 15	—	Le fœtus est trouvé mort entre les jambes de la malade.	Fœtus de 6 mois.		
XXXVII	Thèse Bruas (Colovitch)	—	Normal.		Enfant observé jusqu'à l'âge de 10 ans, très intelligent.	
XXXVIII	— (Petit)	—	Normal.			L'enfant n'a pas vécu.
XL	— (Febvre)	—	Accident inconscient sur les fosses d'aisances.		Bien portant.	
XLI	— (Richard Dewey)	—	—			
XLII	— (Crété)	—	—			
XLIII	— (Mergp)	—	Presque sans douleurs.		Enfant de 3 k. 500 bien portant, mort 3 jours après d'entérite.	
XLIV	— n° 30 } 1 ^{re} grossesse (pendant P. G.)	—	Emploi du forceps (cause?).			Enfant de 2.750 gr. bien constitué, mais qui s'amaigrit et s'anémie rapidement.
XLV	— n° 31 } 2 ^e grossesse	—	Absence de douleurs.			Fille de 2 k. 190, chétive.
XLVI	— (Curet)	—	Normal.		Enfant bien constitué, 2 k. 750.	
XLVII	— n° 32	—	Absence de douleurs.			Enfant mort 8 jours après couvert de syphi- lides cutanées.
XLVIII	— n° 33	—	Sans douleurs.		Bien constitué, 3 k. 250.	
XLIX	Thèse Crété n° 27	—	Normal.		Fille vivante.	
L	— n° 26	—	?			
		Toutes les grossesses moins 2, seraient signalées comme normales.	25 accouchements seraient signalés comme normaux sur 43 dont on a les renseigne- ments.	1 cas.	32 cas.	10 cas.

ETUDE DES OBSERVATIONS

L'âge de nos malades varie entre 19 et 44 ans. Si l'on prend la moyenne de tous les cas, on obtient 34 ans. Ce qui correspond bien à l'âge où la paralysie générale se voit le plus fréquemment si l'on en croit le tableau d'Idanow où le pourcentage est calculé par tranches de 10 ans :

20 à 30 ans	9,9 p. 100
30 à 40 —	40 —
40 à 50 —	36,6 —
50 à 60 —	41,3 —
Au-dessus de 60 —	1,8 —

La **durée** d'évolution de la maladie, avec toutes les réserves que nous avons déjà faites pour son estimation semble avoir été en moyenne de moins de 4 ans. La comparaison avec la durée habituelle de la maladie n'est guère possible, parce que chaque auteur donne un chiffre différent.

Krafft Ebing donne comme moyenne 3 ans; Mendel, 2 à 4 ans; Christian et Ritti, 3 à 5 ans. Mais si, avec Dupré (1) nous acceptons les moyennes des auteurs

(1) DUPRÉ. *Psychopathies organiques*.

modernes : 10 à 12 ans (Ballet, Magnan et Sérieux), nous pouvons dire que peut-être chez nos malades l'évolution a été plus rapide que d'habitude.

Le temps écoulé entre l'accouchement et le décès ne nous donne pas grande indication, car si dans plusieurs cas, le décès est survenu quelques mois seulement après l'accouchement, il en est d'autres où il n'est survenu qu'au bout de 4 ans. Ce temps varie évidemment suivant la période de la maladie dans laquelle se passait la grossesse.

La grossesse dans les cas que nous rapportons s'est rencontrée à toutes les périodes de la maladie. Dans 3 de nos cas (XIII, XVII, XLV), on a pu constater au cours de la maladie 2 grossesses successives.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

A. — Pendant la gestation.

1° *Les symptômes étaient apparus avant la grossesse.*

Dans 2 cas, la maladie suit son cours progressif sans qu'il ne soit noté ni accélération, ni retard dans sa marche.

Dans 1 cas (XXXIX) seulement, la grossesse paraît coïncider avec une cédation des symptômes alarmants qui existaient. La malade peut se livrer à tous les soins du ménage, ce qu'elle n'aurait pu faire auparavant.

Cette amélioration n'est pas modifiée par l'accouchement et persiste 5 ans.

L'aggravation des symptômes se voit dans 7 de nos cas. Chez l'une, des symptômes nouveaux apparaissent au début de la grossesse; chez l'autre, le cours de la maladie semble accéléré; enfin chez 2 de nos malades, l'internement, nous ne dirons pas, est la conséquence de la grossesse, mais survient dans les premiers mois de la grossesse.

L'aggravation de la paralysie générale par la grossesse serait très explicable par le trouble qu'elle amène

dans l'organisme. Elle est bien capable à elle toute seule de donner chez les prédisposées des phénomènes psychiques qui cèdent après l'accouchement.

Mais comment expliquer l'amélioration qu'elle donne dans la maladie. Doit-on adopter l'opinion de Régis? La rémission de la maladie, dit-il, est comparable dans ce cas à l'action dérivative qui se produit au cours de la paralysie générale quand survient une affection aiguë, telle qu'une suppuration par exemple:

La grossesse fait parfois le sujet d'un délire très curieux chez les paralytiques générales.

Ainsi cette malade citée par un auteur qui croyait avoir un serpent dans le ventre, ce qui l'inquiétait fort. Quand l'enfant remuait, c'était le serpent qui s'agitait. Après l'accouchement, le serpent ayant quitté son ventre, elle redevint calme.

La malade observée par nous dans le service de M. Dupré, voyant son ventre grossir et s'étant vu faire un sondage pour rétention d'urine, était persuadée que son ventre se remplissait d'eau.

2° Les symptômes sont apparus au cours de la gestation.

Dans 18 cas, les symptômes de grossesse existaient avant les symptômes de paralysie générale. Quel rapport y a-t-il entre la paralysie et la grossesse?

Dans bien des cas, la maladie s'installe de suite avec des symptômes graves. Doit-on penser qu'il existait une paralysie générale à l'état d'évolution lente et non reconnue, et que l'action de la grossesse sur l'organisme a favorisé l'éclosion des symptômes?

Nous retombons ici dans notre première série d'observations, celles où l'on voit la paralysie générale déjà existante aggravée par la grossesse qui survient.

Ou bien devons-nous penser au contraire que la paralysie générale n'existait pas, même pas à l'état latent, c'est-à-dire que la grossesse, cause adjuvante, avec la syphilis, cause principale, a produit la maladie?

Parmi les anciens auteurs, certains ne craignaient pas d'affirmer que la gestation, cause principale pour eux, pouvait donner naissance à la paralysie générale et ils donnaient entre autres causes adjuvantes, la syphilis. Nous ne rappelons cette étiologie de la paralysie qu'à titre de curiosité scientifique. Mais l'erreur de ces auteurs prouvait qu'ils avaient été les témoins de paralysie générale débutant brusquement au cours d'une grossesse.

Nous ne pouvons penser qu'un état physiologique comme la grossesse puisse entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la paralysie générale.

B. — **Accouchement et suites de couches.**

L'aggravation, l'amélioration ou le *statu quo* après l'accouchement se voient dans le même nombre de cas à peu près dans notre tableau.

Pourtant, la plupart des auteurs trouvent qu'après l'accouchement, il se produit généralement une amélioration. Ainsi Bruas, dans ses conclusions, dit : « La grossesse et surtout l'accouchement ont ordinairement chez

la paralytique générale une action heureuse; cette action ne va assurément pas jusqu'à la guérison, mais elle se traduit par des améliorations et des rémissions plus ou moins marquées, ou plus ou moins durables ». Burle dit, qu'après l'accouchement, l'amélioration est la règle.

Diedoff évidemment n'est pas de cet avis; ses observations (8 sur 10) portent presque toutes aggravation après l'accouchement. Ce sont les cas de Diedoff qui ont fait pencher la balance et donné son sens à notre statistique.

Dans notre colonne des cas aggravés, nous avons 2 cas, tous deux empruntés à la thèse de Rolland où nous voyons les symptômes apparents de paralysie débiter dans les suites de couches après l'accouchement.

Même problème que pour les paralysies générales qui apparaissent dans la grossesse : les symptômes qu'on remarque ne font-ils que se révéler ou se sont-ils installés seulement au moment où on les voit. Que ce soit un véritable début de paralysie ou simplement une aggravation, l'influence de la grossesse sur la maladie est fâcheuse dans les 2 cas.

Malgré notre statistique, nous adopterons l'opinion des auteurs qui donnent un rôle favorable à l'accouchement.

La grossesse aggravant la paralysie générale, l'accouchement est l'événement qui vient faire cesser son action nocive. Il y a quelque chose d'analogue à la disparition par l'accouchement des troubles psychiques apparus dans la grossesse. Il est à remarquer que le jour même de l'accouchement il ne se produit aucune modification, le travail semble ne pas influencer la maladie, mais

c'est quelque temps après seulement (3 semaines, 1 mois, 2 mois) que l'on voit apparaître soit une rémission, soit une aggravation.

¹ Les rémissions sont toujours passagères; dans un certain nombre de cas, elles persistent assez longtemps : 2 ans, 4 ans, et même plus.

INFLUENCE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE SUR LA GROSSESSE

A. — Allure générale de la gestation.

La grossesse poursuit facilement son évolution; dans la majorité des cas, tout se passe normalement. L'on note parfois quelques particularités :

Les bruits du cœur s'entendent difficilement (cas de service de M. Dupré). Les mouvements du fœtus ne sont pas perçus par la mère; ceci a été très souvent signalé pour le tabès.

Parfois la sécrétion lactée ne s'effectue pas (cas Hérissey). L'involution utérine peut se faire mal, elle est retardée (cas Löwenhaupt).

B. — Accouchement.

L'accouchement est très souvent signalé comme normal; la plupart du temps, l'on note l'absence ou la faiblesse des douleurs, la rapidité du travail, quelquefois le défaut de contraction.

Il se fait spontanément dans quelques cas sans douleurs et en quelques minutes (cas Dubrisay); sans même que la malade en ait conscience (cas Hérissé, cas Rolland n° 15) et à tel point qu'il se passe sur les fosses d'aisances, la malade croyant avoir à satisfaire un besoin naturel (cas Febvré).

Les contractions dans le cas de Hartung sont si peu énergiques qu'on est obligé de mettre les fers. Löwenhaupt (1) cite 2 cas de Bauer où l'accouchement fut exécuté artificiellement. Le premier fut fait aux fers pour mauvaise présentation. Le second, la dilatation ne se faisant pas, un ballon de Tarnier fut appliqué.

Les cas où les accouchements sont difficiles sont l'infime minorité; nous n'en avons qu'un cas dans notre statistique.

Grâce à cette insensibilité qu'elles présentent pendant le travail, les paralytiques supportent très bien l'accouchement. Dans quelques cas où l'on a eu à intervenir cette insensibilité a permis d'opérer sans narcose.

Cette insensibilité doit être rapprochée des analgésies viscérales que l'on observe dans la paralysie générale et le tabes (Cathala) (2).

La délivrance s'effectue d'une façon régulière aussi. Dans un seul de nos cas, il y a eu un incident : une hémorragie après l'accouchement qui emporta la malade.

(1) LÖWENHAUPT. *Deutsche mediz. Wochenschrift*.

(2) CATHALA. *Traité d'accouchement de BAR*, article 'Paralysie générale'.

C. — Nouveau-nés.

Sur un total de 43 accouchements, nous trouvons 32 enfants bien constitués, venus à terme; toutes les observations ne spécifient pas à terme, mais elles le laissent entendre.

Les statistiques allemandes doivent être différentes, car Löwenhaupt dit que les cas où les femmes paralytiques accouchent d'enfants vivants à terme sont relativement rares et que dans la majorité des cas, on observe l'avortement ou l'expulsion d'un produit mort et macéré. Wolgaug Hieronymus cité par Löwenhaupt, constate la chétivité chez les enfants des femmes paralytiques.

Les 11 autres accouchements ont donné un avortement; un enfant mort à 8 jours; couvert de syphilides cutanées, deux prématurés dont l'un insuffisamment développé; un mort-né; 5 chétifs et enfin un monstre. Noté bien : tout ceci la syphilis aurait été capable de le produire.

La syphilis s'est transmise une seule fois en nature, mais l'avortement, les naissances prématurées sont l'indice d'une syphilis jeune et encore active.

Le monstre peut être mis sur le compte d'une syphilis atténuée par les années, à ce moment où elle produit les dystrophies et les monstruosité. Les renseignements manquent malheureusement sur l'époque de la syphilisation et il est difficile de fixer l'âge de la syphilis.

La paralysie générale peut bien, elle aussi, avoir une action, par exemple dans les cas de paralysie avancée; on conçoit fort bien qu'un organisme épuisé, désorga-

nisé, puisse nourrir insuffisamment le produit de conception qu'il renferme et ne donner le jour qu'à des chétifs (cas IX, cas Hérissé). Cependant il est des cas où, même en période avancée de la maladie, il naît des enfants bien portants (cas XIII). La part qui revient à la paralysie générale dans la production de ces accidents est difficile à établir.

Celle de la syphilis est en tout cas considérable.

Spillmann et Perrin (1) étudiant la descendance de paralytiques et de tabétiques, disent que la paralysie générale ne se répercute pas par elle-même sur les enfants, mais les malades qui en sont atteints ont une descendance amoindrie par la syphilis. Retournons aux nouveau-nés bien portants. Quel sera leur avenir?

Il n'est guère possible que de raisonner là-dessus, parce que la plupart du temps, les enfants sont perdus de vue après l'accouchement de la mère et il existe fort peu d'observations où les enfants sont suivis. Dans le cas de Petit, l'enfant a été revu 10 ans après; il était bien portant et paraissait très intelligent.

M. le Dr Collin, chef de clinique de la Faculté, a observé l'enfant de l'observation XVIII, et il a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Il a suivi l'enfant jusqu'à l'âge de 20 mois; celui-ci se nourrissait bien, se développait, mais il présentait des anomalies dans son développement.

Ces anomalies du développement qui se rencontrent chez presque tous les enfants tarés peuvent être soit

(1) SPILLMANN ET PERRIN. *Province méd.*, 1909.

de la précocité soit du retard. La précocité étant une infériorité comme le retard, les mêmes causes les produisent (Collin) (1).

Ces enfants seront presque sûrement des névropathes. Féré trouve que l'épilepsie, par exemple, a souvent pour cause l'état morbide des parents au moment de la conception. Et si les émotions morales d'une femme saine peuvent influencer l'enfant qu'elle porte, que ne ressentira pas l'enfant d'une démente dont les folles terreurs, les colères furieuses alimentent un délire extravagant.

L'organisme des enfants de paralytiques généraux doit ressentir les deux mauvaises influences, qui chez le géniteur ont amené la maladie : 1° l'infection syphilitique qui sera plus ou moins atténuée, suivant l'âge de la syphilis et la durée du traitement ; 2° l'hérédité névropathique que possède le géniteur et qu'il transmettra à son fils encore accrue.

Dans le cas particulier où le fils d'une femme paralytique générale sera conçu pendant la maladie de sa mère, il s'ajoutera une troisième influence : les conditions désavantageuses dans lesquelles l'enfant sera engendré.

Comme le dit Collin : « L'enfant qui naîtra d'une paralytique générale, ne trouvera chez sa mère qu'un capital vital médiocre ».

Au moment où nous mettons sous presse, il vient de paraître un travail de M. Collin publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 juin 1914.

(1) COLLIN. *Le développement de l'enfant.*

(2) FÉRÉ. *La famille névropathique.*

Il existerait, d'après M. Collin, deux formes de syphilis produisant la paralysie générale. L'une, véritable septicémie, qui frapperait tout l'organisme. L'autre, réservant son action pour les centres nerveux, se ferait remarquer par sa bénignité jusqu'au jour où elle atteindrait le cerveau. La première de ces formes serait peut-être due à l'agent spécial neurotrope décrit par Levaditi.

On comprend facilement que la paralysie générale de la première forme puisse avoir une influence plus néfaste sur le fœtus que la paralysie générale de la deuxième forme.

CONCLUSIONS

I. — Les cas de grossesse dans la paralysie générale sont rares.

II. — La grossesse qu'on peut observer d'ailleurs à toutes les périodes de la paralysie générale, paraît accélérer l'évolution de la maladie et parfois en aggraver les symptômes.

III. — Cependant quelquefois, rarement il est vrai, on a vu les symptômes existants s'amender ou disparaître.

IV. — L'accouchement est suivi tantôt d'aggravation, tantôt et le plus souvent de rémission.

Cette influence ne se manifeste qu'un certain temps (quelques semaines) après l'accouchement.

Les rémissions sont passagères.

V. — La gestation a généralement une évolution heureuse et va jusqu'au terme.

VI. — L'accouchement très souvent indolore, dans la plupart des cas, se fait remarquer par sa grande rapi-

dité, allant quelquefois jusqu'à l'expulsion en quelques minutes du produit de conception.

VII. — Le nouveau-né est en général d'un poids normal et bien conformé, quelquefois chétif.

VIII. — Les avortements, les naissances prématurées les naissances d'enfants avec accidents syphilitiques ou malformations sont relativement rares.

Ces accidents sont plutôt imputables à l'infection syphilitique qu'à la paralysie générale elle-même.

Vu : le Président,
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie (J.) et Grenier de Cardenal. — Accouchements indolores et crises douloureuses de faux accouchements dans le tabes. *Province médicale*, 22 sept. 1906.
- Baillarger. — Grossesse chez une femme atteinte depuis 8 mois de paralysie générale. Insensibilité complète pendant l'accouchement. *Archives cliniques des maladies mentales*, 1882, p. 126.
- Béchet. — *Descendance des paralytiques généraux*. Thèse Paris, 1897.
- Bonneau. — *L'hérédité similaire dans la paralysie générale*. Thèse Lyon, 1909.
- Bruas. — *Grossesse dans les névroses, psychoses et en particulier dans la paralysie générale*. Thèse Bordeaux, 1901.
- Burle. — *La puerpéralité chez les aliénées*. Thèse Lyon, 1909.
- Cathala. — Article paralysie générale dans : *La pratique de l'art de l'accouchement*, de BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT, p. 111.
- Crété. — *Quelques observations de paralysie générale de la femme et la paralysie générale conjugale*. Thèse Paris, 1898.
- Collin. — *Le développement de l'enfant*.
- Damaye (H.). — Syndrome, paralysie générale subaiguë. Récidive à l'occasion d'une grossesse. *Arch. intern. de Neurol.*, Paris, 1913.

- Diedoff. — La grossesse dans la paralysie générale. *Revue (russe) de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*, 1904, n° 2.
- Dubrisay. — Paralysie générale survenue pendant la grossesse. *Ann. médico psych.*, 1857.
- Dufour et Huber. — *Revue Neurologique*, 1910, p. 524, t. II.
- Dupré. — Article : paralysie générale dans le *Traité des maladies mentales* de GILBERT BALLET.
- Féré (Ch.). — *La famille névropathique*.
- Fruhinsholz et Remy. — Tabes et puerpéralité. Accouchement indolore. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, 1912, p. 145.
- Idanow. — La paralysie chez la femme. *Ann. médico-psych.*, 1894, p. 454.
- Hartung (E.). — Fall von Dementia paralytica und Geburt Berlin. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 9 janvier 1913.
- Herissey. — *Étude clinique sur les troubles trophiques dans la paralysie générale*. Thèse Paris, 1903.
- Krafft Ebing. — *Psychopathia sexualis*.
— *Arch. f. Psychiat. und Nervenkrankheiten*. Band. VII, 1877.
- Löwenhaupt. — Zwei Fälle von Dementia paralytica und Geburt. *Deutsch. medicin. Wochenschrift*, 5 sept. 1912.
- Marandon de Montyel. — Du gens génital étudié chez les mêmes maladies aux 3 périodes de la paralysie générale. *Archives de Neurologie*, 1900, t. X, p. 16 à 29.
— *Archives de Neurologie*, 1901, t. XII, p. 14 à 28.
- Marcé. — *Traité des maladies mentales*, 1862, p. 105.
— De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la guérison de l'aliénation mentale. *Ann. médico psych.*, 1857.
- Petit. — *La paralysie générale chez la femme dans ses rapports avec certains troubles de la menstruation*. Thèse Paris, 1886.

Puech et Leguëux. — Article : Système nerveux de la femme enceinte, dans : *La pratique de l'art de l'accouchement* de BAR, p. 189.

Régis. — *De la dynamique ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale*, 1878.

Ricard. — *La descendance des paralytiques généraux*. Thèse Bordeaux, 1900.

Rolland. — *Contribution à l'étude des rapports de la grossesse et de l'aliénation mentale*. Thèse Lille, 1910.

Sauton. — *De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale*. Thèse Paris, 1883.

Semper. — *Les enfants des paralytiques généraux*. Thèse Paris, 1904.

Sérieux. — *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel*. Thèse Paris, 1888.

Sigot. — *L'hérédité similaire dans la paralysie générale*. Thèse Montpellier, 1912.

Spillmann et Perrin. — *La descendance des tabétiques et des paralytiques généraux*. *Province médicale*, 4 déc. 1909.

Wahl. — *Étude de la descendance des paralytiques généraux*. Thèse Paris, 1898.

